

TRAVAIL DE BACHELOR

Il est blessé, mais pourtant personne ne l'a touché !

**Les obstacles entravant le dépistage et le signalement
de la maltraitance infantile par les infirmières.**

Revue de la littérature

Réalisé par : Maurine Dorsaz

Promotion : Bachelor 2012

Sous la direction de : Emmanuelle Coquoz

Fully, le 15 juillet 2015

1 Résumé

La violence envers les enfants demeure un problème de santé publique. Les infirmières du milieu hospitalier et extrahospitalier jouent un rôle primordial dans le dépistage et le signalement des cas de maltraitance infantile. Or, celles-ci rencontrent des obstacles à ce processus. Cette revue de la littérature vise donc à identifier les obstacles qui empêchent de déceler et de signaler une suspicion ou un cas avéré de maltraitance et les besoins des professionnels qui en découlent.

Des recherches dans les bases de données ont été faites afin de sélectionner les études répondant à la problématique : BDSP, CINAHL, Cochrane, Joanna Briggs Institute, Pubmed. Les études retenues répondaient aux critères d'inclusion suivants : étude primaire de langue anglaise ou française, résumé pertinent, étude datant d'au moins cinq ans. Ont été exclus les articles ne traitant pas des soins infirmiers ou de la violence à l'encontre des enfants.

Les principaux résultats ont été regroupés en thèmes : lacunes en matière de formation, craintes, facteurs personnels, facteurs contextuels, facteurs culturels, collaboration interdisciplinaire insuffisante, incertitude du rôle infirmier dans le domaine de la maltraitance. Par rapport à ces constats, un outil de dépistage spécifique au milieu de soins et un protocole de signalement uniforme faciliteraient la procédure. Aussi, la collaboration étant importante dans cette thématique, il serait intéressant de favoriser les échanges entre les différents acteurs. Enfin, la formation devrait être renforcée quant au rôle des infirmières et à certaines thématiques sur la violence.

Mots-clés : maltraitance infantile, violence, dépistage, signalement, obstacles

2 Remerciements

Je tiens à adresser de sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Madame Emmanuelle Coquoz, pour sa grande disponibilité, son dévouement et sa motivation tout au long de la réalisation de ce travail de Bachelor.

Je suis également reconnaissante auprès des professionnels de la santé et du Service Cantonal de la Jeunesse qui ont participé à ma recherche en répondant à diverses questions.

Je remercie mes proches ainsi que les personnes qui m'ont soutenue dans l'aboutissement de ce travail.

3 Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date :

Signature

Table des matières

1	Résumé	A
2	Remerciements.....	B
3	Déclaration.....	C
4	Introduction.....	1
4.1	Contexte	1
4.2	Problématique.....	1
4.3	Question de recherche.....	3
4.4	But de la recherche	3
5	Cadre théorique.....	5
5.1	La violence.....	5
5.2	La maltraitance des enfants	6
5.2.1	Les signes cliniques.....	9
5.2.2	Le droit des enfants	12
5.3	Advocacy	14
6	Méthode.....	15
6.1	Devis de recherche	15
6.2	Collecte des données.....	16
6.3	Sélection des données.....	17
6.4	Analyse des données.....	19
7	Résultats	20
7.1	Description de l'étude 1.....	20
7.1.1	Validité méthodologique.....	21
7.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	22
7.2	Description de l'étude 2.....	22
7.2.1	Validité méthodologique.....	23
7.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	24

7.3	Description de l'étude 3.....	25
7.3.1	Validité méthodologique.....	26
7.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	27
7.4	Description de l'étude 4.....	27
7.4.1	Validité méthodologique.....	28
7.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
7.5	Description de l'étude 5.....	29
7.5.1	Validité méthodologique.....	31
7.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	31
7.6	Description de l'étude 6.....	31
7.6.1	Validité méthodologique.....	33
7.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	34
7.7	Synthèse des principaux résultats.....	34
8	Discussion	36
8.1	Discussion des résultats.....	36
8.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	37
8.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	37
9	Conclusions	39
9.1	Propositions pour la pratique.....	39
9.2	Propositions pour la formation.....	40
9.3	Propositions pour la recherche.....	41
10	Références bibliographiques.....	42
11	Annexes	I
11.1	Tableaux de recension.....	I
11.2	Glossaire.....	VII
11.3	Tableaux des études.....	IX

4 Introduction

4.1 Contexte

Ce travail de recherche, effectué comme une revue de la littérature, va permettre de répondre à une problématique bien précise. En tenant compte de situations issues des milieux de soins et des recherches entreprises dans les bases de données, un intérêt est porté tout particulièrement sur la maltraitance infantile intrafamiliale, prise en charge dans un contexte intrahospitalier et extrahospitalier.

4.2 Problématique

L'enfant nécessite la satisfaction de besoins fondamentaux pour son bon développement. Dans leur ouvrage, Berry Brazelton et Greenspan (2008) décrivent sept besoins incontournables pour que l'enfant puisse s'épanouir sainement, comme le besoin de relations chaleureuses et stables, le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation, le besoin de limites, de structures et d'attente. Cependant, ces derniers ne semblent pas toujours être comblés. Les parents, jouant un rôle primordial dans le développement de l'enfant, peuvent nuire à la bonne satisfaction de ces besoins. La maltraitance sous ses différentes formes peut être une de ces causes.

Il faut prendre conscience que la violence envers les enfants est un problème de santé publique. En effet, l'Organisation mondiale de la santé affirme : « ... des études internationales révèlent qu'un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance et qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance » (Organisation mondiale de la Santé, 2014, ampleur du problème).

Selon la Société Suisse de Pédiatrie, les 21 cliniques pédiatriques suisses ont enregistré 1'405 cas de mauvais traitements d'enfants en 2014 (<http://www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news>). Cela représente une augmentation de 9% par rapport à l'année précédente. La maltraitance physique est en prédominance (28,2%), suivie de la maltraitance psychique (27%), des abus sexuels (22.7%), de la négligence (21.9%) et enfin du syndrome de Münchhausen par procuration (0,3%). D'autre part, la famille représente le principal auteur de ces cas, soit 78,1%. Cette majoration de 9% est attribuable aux trois cliniques pédiatriques qui ont pour la première fois mis à disposition

les données en 2014. L'augmentation résulte aussi d'une hausse du nombre de cas dans quelques cliniques et d'une grande sensibilisation des professionnels de la santé avec une bonne saisie des cas.

Ces statistiques soulignent donc l'ampleur du phénomène actuel. Les infirmières, en collaboration avec d'autres professionnels, interviennent dans cette problématique. L'OMS¹ affirme l'importance du rôle des professionnels :

Les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer dans le repérage, le traitement et l'orientation des cas de maltraitance et de privation de soins ainsi que dans le signalement des cas suspects aux autorités compétentes. Il est essentiel de détecter rapidement les cas de maltraitance, afin de minimiser les conséquences pour l'enfant et de mettre sur pied les services nécessaires dès que possible. Habituellement, le dépistage... . C'est aussi pourquoi l'accent est mis essentiellement sur des outils permettant aux fournisseurs de soins de santé de reconnaître rapidement les signes de maltraitance et de manque de soins, principalement par une formation et une information renforcées. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano-Ascencio, 2002, p. 79-80)

Afin d'appuyer le devoir de dépistage et de signalement par les infirmières, une prise de contact dans les milieux pratiques a été faite, soit avec une infirmière en service de pédiatrie, une infirmière scolaire et, enfin, avec une infirmière en consultations parents-enfants. Ces dernières, lors d'une suspicion de maltraitance, ont l'obligation de signaler le cas à l'Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte. L'infirmière scolaire et l'infirmière en service de pédiatrie signalent le cas à leur responsable hiérarchique, qui entreprendra les démarches nécessaires. Or, l'infirmière en consultations parents-enfants, ayant décelé la situation, le signalera directement à l'APEA², en collaboration avec le pédiatre.

Par ailleurs, suite à de nombreuses recherches effectuées sur ce thème, il est constaté que peu d'études ont été développées sur les outils permettant aux infirmières de déceler les enfants victimes de violence. De plus, les infirmières rencontrent des obstacles à ce processus (Piltz & Wachtel, 2009, traduction libre, p. 93). Beaucoup de professionnels relèvent que le niveau de formation est lacunaire à propos de la maltraitance infantile (Brioschi, 2012, p. 51). De par ce fait, la détection reste un défi important, laissant de nombreux enfants maltraités sans protection (Marchand, Deneyer & Vandenplas, 2001,

¹ Organisation mondiale de la Santé

² Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte

p. 17). Pour ces multiples raisons, il semble primordial d'identifier les obstacles qui ne favorisent pas un bon dépistage et signalement, ainsi que d'identifier les besoins des soignants.

Que ce soit à l'hôpital, au domicile ou à l'école, les infirmières sont souvent confrontées à des enfants victimes de violence et elles participent à leur signalement. La collaboration interdisciplinaire a toute son importance. En effet, elle offre aux professionnels un soutien, un partage de compétences et la possibilité de dégager de nouvelles pistes (Brioschi, 2012, p. 48-51). Ici, la problématique englobera la prise en charge par les infirmières du milieu intrahospitalier et également du milieu extrahospitalier. Aussi, les soignants peuvent rencontrer plusieurs types de maltraitance. Rey-Salmon (2008) catégorise la violence en différents tableaux cliniques, soit les violences physiques, la maltraitance psychologique, les agressions sexuelles, les carences et négligences et le syndrome de Münchhausen par procuration.

Les agresseurs d'enfants peuvent être les parents ou d'autres membres de la famille, les personnes qui s'en occupent, des amis, des enseignants, des étrangers (Butchart, Harvey, Mian & Färniss, 2006, p. 7). Ce travail se focalise essentiellement sur les parents qui infligent de mauvais traitements à leurs enfants. « La violence envers les enfants, perpétrée par des adultes au sein de la famille, est l'une des formes les moins visibles de maltraitance d'enfants, car elle se produit le plus souvent dans l'intimité de la vie domestique,... » (Butchart, Harvey, Mian & Färniss, 2006, p. 7).

4.3 Question de recherche

La littérature retenue et les recherches effectuées ont permis d'orienter la poursuite de ce travail. Il s'agit maintenant d'éclaircir la question de recherche spécifique suivante :

« Quels sont les obstacles rencontrés par les infirmières du milieu intra et extrahospitalier qui entravent la détection et le signalement des cas de maltraitance subie chez l'enfant et infligée par les parents ? »

4.4 But de la recherche

Dans son article, Rey-Salmon ((2008) souligne que le diagnostic de maltraitance est particulièrement complexe à poser (p. 12). C'est pourquoi, pas le biais de cette recherche en revue de la littérature, le but est d'identifier les obstacles qui empêchent de déceler et

de signaler une suspicion ou un cas avéré de maltraitance. En prenant connaissance de ces facteurs, il sera plus évident de cerner les besoins des infirmières. L'analyse de cette problématique est donc indispensable, car elle permettrait par le futur d'améliorer la prise en charge et le dépistage de la maltraitance, ce qui réduirait considérablement les conséquences néfastes sur le développement de l'enfant. L'OMS décrit les conséquences de la maltraitance sur l'enfant :

Les répercussions sur la santé et la société de la maltraitance des enfants sont plus généralisées que seuls les décès et blessures, et plus préjudiciables à la santé physique et mentale des victimes, ainsi qu'à leur développement. Des études indiquent que l'exposition aux mauvais traitements et à d'autres formes de violence au cours de l'enfance est associée à des facteurs de risque et à des comportements à risque par la suite, dont la victimisation violente et la perpétration d'actes de violence, la dépression, le tabagisme, l'obésité, les comportements sexuels à risque élevé, la grossesse non désirée, l'alcoolisme et la toxicomanie. Ces facteurs de risque et de comportements à risque peuvent être l'une des principales causes de décès, de maladie... . La maltraitance les [sic] enfants a donc de grandes répercussions sur la santé physique et mentale et ces répercussions sont coûteuses, aussi bien pour l'enfant que pour la société, tout au long de la vie de la victime. (Butchart, Harvey, Mian & Färniss, 2006, p. 12)

Aussi, Lips (2011) développe les « Childhood adverse experiences³ » et leurs effets : « de vastes études démontrent que les événements traumatisants vécus au cours de l'enfance (childhood adverse experiences) ont des répercussions importantes sur la santé psychique et physique ultérieure, le comportement social et la carrière professionnelle de l'individu concerné » (p. 401).

³ Événements traumatisants vécus au cours de l'enfance

5 Cadre théorique

A présent, afin de mieux comprendre ce qu'est la violence, les signes évocateurs d'une maltraitance, la législation sur le droit des enfants ainsi que le rôle infirmier, il s'agit d'exposer plusieurs concepts. Le cadre théorique va donc mettre en lumière la question de recherche et permettre de mieux comprendre sa signification. Plusieurs concepts-clés sont développés, dont les suivants :

- La violence
- La maltraitance des enfants
 - Le droit des enfants
 - Les signes cliniques
- Advocacy (en lien avec les soins infirmiers)

5.1 La violence

Le terme de « violence » se retrouve dans de nombreux domaines scientifiques, particulièrement dans le domaine des sciences humaines, sociales et politiques. Il apparaît dans le domaine des soins depuis une vingtaine d'années » (Formarier & Jovic, 2012, p. 302). La violence est un terme complexe. L'OMS la définit comme :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano-Ascencio, 2002, p. 5)

La notion d'intentionnalité doit être relevée dans la définition. La violence peut être considérée de différentes manières selon les aspects culturels. « Ainsi, certaines personnes veulent faire du mal à d'autres, mais, en raison de leurs origines culturelles et de leurs croyances, leurs actes ne sont pas violents à leurs yeux » (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano-Ascencio, 2002, p. 6). Par exemple, un parent peut considérer « le coup de ceinture » à l'encontre de son enfant comme étant un moyen éducatif et non comme un acte brutal.

D'autre part, la violence est regroupée en trois grandes catégories répertoriées selon l'auteur de l'acte violent, à savoir :

1. la violence auto-infligée,
2. la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui,
3. la violence collective.

La violence auto-infligée est décrite par des comportements suicidaires et des sévices infligés à soi-même. La violence interpersonnelle regroupe soit la violence entre des membres de la famille ou la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées. Et, enfin, la violence économique, sociale et politique font référence à la violence collective (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano-Ascencio, 2002, p. 6).

Typologie de la violence

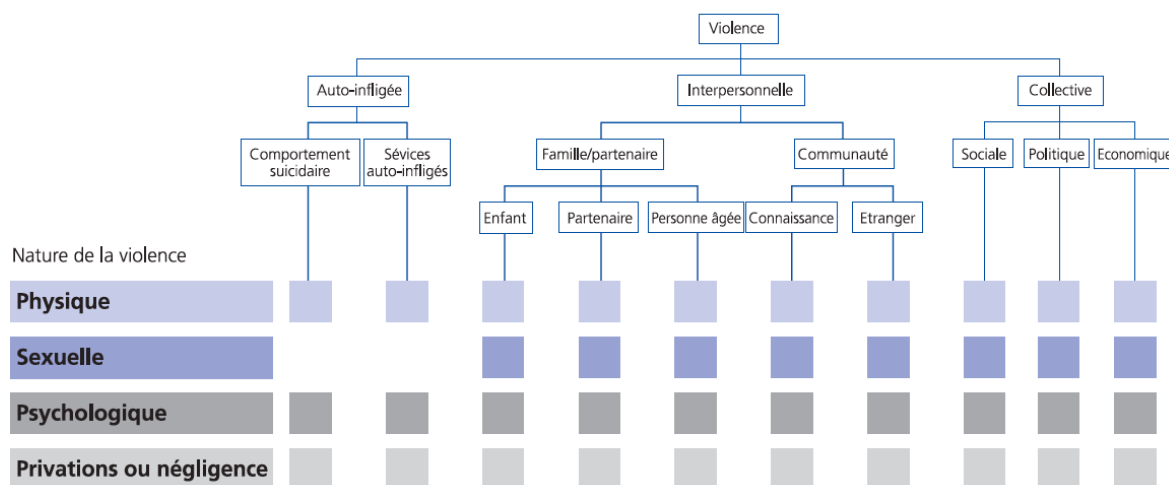


Figure 1. Tiré de Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano-Ascencio, 2002, p.7

5.2 La maltraitance des enfants

Parmi plusieurs définitions de la « maltraitance infantile », l'OMS la développe ainsi, comme :

Toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. (Butchart, Harvey, Mian & Fürniss, 2006, p. 10)

La Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant distingue cinq formes de mauvais traitements envers les enfants, soit la violence physique, psychologique, sexuelle, la négligence et le syndrome de Münchhausen par procuration (Lips, 2011, p. 12-13).

La maltraitance physique

« Il s'agit d'un large spectre de coups, de brûlures causées par une source de chaleur ou une substance bouillante, de contusions, de coups de couteau ou de secousses infligés à un enfant » (Lips, 2011, p. 12). Une autre définition de l'OMS est décrite ci-dessous :

On entend par violence physique exercée contre un enfant l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. Bien des actes de violence envers des enfants sont infligés à la maison dans le but de punir. (Butchart, Harvey, Mian & Färniss, 2006, p. 10)

La maltraitance psychologique

La maltraitance psychologique ou émotionnelle se définit comme une « attitude négative et destructrice des adultes chargés de l'éducation d'un enfant, consistant à le rabaisser continuellement (insultes, brimades, avilissements, humiliations, oppression verbale, terrorisme verbal). Il s'agit d'appréciations dévalorisantes qui affectent durablement l'estime de soi de l'enfant » (Lips, 2011, p. 12).

La violence sexuelle

On entend par violence sexuelle la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. (Butchart, Harvey, Mian & Färniss, 2006, p. 10)

Afin d'être plus précis, une autre définition l'explicite avec des exemples : « exhibitionnisme en présence d'enfants, pornographie impliquant des enfants, masturbation avec l'enfant, pénétration (vaginale/anale/orale) » (Lips, 2011, p. 12).

Les carences et négligences

Ce type de maltraitance peut être décrit ainsi : « le fait de ne pas satisfaire les besoins d'un enfant, par exemple en termes de nourriture, d'hygiène, de vêtements, d'éducation et

d'encadrement. La négligence peut se manifester entre autres comme un trouble de la croissance d'origine non organique » (Lips, 2011, p. 12).

Le syndrome de Münchhausen par procuration

Le syndrome de Münchhausen par procuration n'est pas cité dans toutes les littératures. Il se caractérise comme suit :

Des parents (généralement des mères) suscitant souvent une image d'eux-mêmes très positive auprès du personnel médical, inventent des symptômes que leur enfant soit-disant [sic] présente (fièvre, crampes, saignements, etc.) ou les déclenchent par les manipulations les plus diverses. Ces deux comportements entraînent un grand nombre d'examens médicaux et d'interventions inutiles. (Lips, 2011, p. 12-13)

Facteurs de risque et de protection

Après avoir défini les cinq types de violence, il est intéressant de s'arrêter sur les facteurs de risque et les facteurs de protection quant à la maltraitance des enfants. « Aucun facteur pris séparément n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes ont un comportement violent envers les enfants ou pourquoi la maltraitance d'enfants est plus courante dans certaines communautés que dans d'autres » (Butchart, Harvey, Mian & Fűrniiss, 2006, p. 14).

Des facteurs de risque chez les parents ainsi que chez les enfants peuvent induire plus fortement à une forme de violence. Quelques exemples sont décrits ci-dessous :

- **Les facteurs individuels** : parent maltraité durant son enfance, manque de connaissances sur le développement des enfants, problèmes physiques ou mentaux du parent, abus d'alcool ou de drogues par le parent, parent socialement isolé, enfant ne répondant pas aux attentes du parent, enfant ayant de grands besoins (mentalement ou physiquement handicapé), présence de caractéristiques physiques de l'enfant (ex. anomalies faciales), difficulté à consoler l'enfant
- **Les facteurs relationnels** : manque d'attachement entre le parent et l'enfant et absence de liens affectifs, éclatement de la famille (problèmes de mariage ou de relations intimes), violence dans la famille entre les partenaires se partageant l'éducation des enfants

- **Les facteurs communautaires** : tolérance de la violence, manque de logements adéquats, manque de services de soutien aux familles et aux institutions, chômage élevé, pauvreté
- **Les facteurs sociétaux** : normes sociales et culturelles promouvant ou glorifiant la violence envers autrui (Butchart, Harvey, Mian & Färniss, 2006, p. 14-17).

Certains facteurs prédisposent les enfants et la famille à la maltraitance, tandis que d'autres peuvent avoir un effet protecteur :

- Solide attachement de l'enfant envers le parent
- Soins parentaux attentifs durant l'enfance
- Absence de relations avec des pairs délinquants, alcooliques ou toxicomanes (Butchart, Harvey, Mian & Färniss, 2006, p. 17).

5.2.1 Les signes cliniques

Dans leur étude, Piltz et Wachtel (2009) soulignent que la non-reconnaissance des signes et des symptômes est souvent le principal obstacle au dépistage et au signalement des cas de violence (traduction libre, p. 93). Pour cette raison, il est judicieux d'intégrer un résumé succinct sur les signes cliniques évocateurs d'une maltraitance. A partir de revues systémiques de la littérature, la Haute Autorité de Santé a élaboré un rapport contenant les recommandations de suspicion de maltraitance. Tous les éléments suivants sont tirés de ce rapport et en font une synthèse (Haute Autorité de Santé, 2014, p. 32-48).

Anamnèse

- Absence d'explication pour une blessure, explication qui change avec le temps
- Explication qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant
- Explication qui n'est pas compatible avec la blessure

Signes physiques

- **Ecchymoses** : ecchymoses ayant la forme d'une main, d'une ligature, d'un bâton, d'une marque de dents, d'un agrippement ou d'un objet, ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas seul, ecchymoses multiples, ecchymoses de forme et de taille similaire, ecchymoses ailleurs que sur une proéminence osseuse, ecchymoses du visage et du cou, ecchymoses des chevilles et des poignets ressemblant à des marques de ligatures
- **Brûlures** : enfant qui ne se déplace pas seul, brûlure située sur une zone cutanée suspecte (ex. dos des mains, plante des pieds, fesses, dos), forme d'un objet (ex.

cigarette, fer à repasser), indication d'une immersion forcée (ex. brûlure des fesses, du périnée, des membres inférieurs)

- **Morsures** : trace ayant l'apparence d'une morsure humaine peu susceptible d'avoir été causée par un jeune enfant
- **Lésions viscérales** : lésion intra-abdominale ou intra-thoracique en l'absence de traumatisme accidentel majeur confirmé, retard de recours aux soins
- **Blessures de la cavité buccale** : explication incompatible avec la blessure
- **Fractures** : fractures d'âges différents

Etat émotionnel et comportement

- **Changement marqué du comportement et de l'état émotionnel** qui s'écarte de celui attendu pour son âge chronologique et son âge développemental
 - Etat émotionnel : craintif, repli sur soi, faible estime de soi, cauchemars
 - Comportement : agressif, oppositionnel, balancement répétitif du corps
 - Comportement avec les autres : recherche de contact ou d'affection, gentillesse excessive avec les étrangers, besoin excessif de se coller, chercher constamment à attirer l'attention, comportement excessivement sage pour prévenir une désapprobation des parents
- **Réponses émotionnelles répétées, extrêmes ou prolongées** disproportionnées par rapport à une situation (ex. colères ou frustrations exprimées par un accès de rage, colères fréquentes lors de provocations minimales, pleurs inconsolables)

Interactions parents-enfants

- Négativité ou hostilité envers un enfant ou un adolescent
- Rejet de l'enfant ou de l'adolescent ou souffre-douleur
- Expositions à des expériences effrayantes ou traumatisantes
- Utilisation de l'enfant pour l'accomplissement des besoins de l'adulte

Négligence

- Infestations sévères et persistantes
- Vêtements ou chaussures constamment inadaptées, enfant continuellement sale
- Environnement dangereux par rapport au développement de l'enfant
- Retard staturo-pondéral à cause d'une alimentation inadaptée
- Manque de surveillance adaptée (ex. brûlure, ingestion de produits dangereux)

- Non recours aux soins médicaux pour l'enfant alors que son état de santé le suggère, non-administration d'un traitement essentiel prescrit à l'enfant

Traumatismes crâniens – Syndrome du bébé secoué

- **Atteinte neurologique** : malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, plafonnement du regard, signes orientant vers une hypertension intracrânienne aiguë
- **Signes non spécifiques** : modification du comportement (irritabilité, modification du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, pâleur, bébé douloureux

Selon ce même rapport de l'HAS (2014), le syndrome du bébé secoué se définit par des traumatismes crâniens causés par le secouement, seul ou associé à un impact. Habituellement, il survient chez un nourrisson de moins d'une année, souvent moins de six mois (p. 40).

Maltraitance sexuelle

- **Signes généraux** : troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, difficultés scolaires, douleurs abdominales
- **Signes au niveau de la sphère génito-anales** : saignements, pertes génitales, irritations, prurits génitaux, douleurs génitales ou anales, troubles mictionnels, infections urinaires récurrentes chez la fille pré-pubère
- **Comportement du mineur**: comportement sexuel anormal, comportement de refus (refus de manger, refus de voir un membre de la famille), mise en danger, tentative de suicide, conduite d'addiction précoce, violence envers les autres, automutilation, acte de prostitution, fugue, expression de peurs inexplicables, hyper-vigilance, réaction de sursaut exagéré, phobie des contacts physiques
- **Comportement de l'entourage** : parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée avec le mineur, parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation, indifférence de l'adulte vis-à-vis du mineur, refus des investigations médicales, attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels

Syndrome de Münchhausen par procuration

- Symptômes apparaissant uniquement quand le parent est présent
- Symptômes uniquement observés par le parent
- Nouveaux symptômes rapportés dès que les précédents ont disparu

5.2.2 Le droit des enfants

La « Convention relative aux droits de l'enfant » de l'Organisation des Nations Unies a été adoptée le 20 novembre 1989 par l'Assemblée générale des Nations Unies (<https://www.unicef.ch/fr>). En Suisse, celle-ci est entrée en vigueur en 1997. A ce jour, tous les pays du monde l'ont signée, sauf les Etats-Unis, la Somalie et le Soudan du Sud. En signant cette convention, tous les pays s'engagent à respecter les enfants et à les protéger. Ce traité international oblige donc les Etats à prendre des mesures au niveau de la législation pour protéger le droit des enfants. L'UNICEF⁴ (United Nations Children's Fund) a participé à l'élaboration de ce document car l'organisation avait des années d'expériences par rapport aux besoins des enfants. Elle est une sous-organisation de l'ONU⁵, qui s'occupe exclusivement du bien des enfants. L'UNICEF Suisse existe depuis 1959. En plus de récolter des dons pour soutenir les enfants et les mères dans les pays pauvres et les régions en crise, elle porte une grande attention à ce que les droits des enfants en Suisse soient appliqués.

Cette convention concerne tous les enfants jusqu'à 18 ans. « Elle comprend 54 articles relatifs à la survie, à la protection et au développement et se fonde sur les principes de la non-discrimination, du bien de l'enfant et de l'écoute de l'opinion de l'enfant » (UNICEF, 2014, p. 1). Le droit à la santé, le droit à l'instruction et à la formation, le droit de recevoir une éducation non-violente, le droit à la protection contre l'exploitation économique et sexuelle, le droit d'avoir un entourage familial, sont des exemples de droits des enfants très importants (http://www.kidsunited.ch/fr/info_fr/droits_de_l_enfants/).

Dans un contexte de protection de l'enfant, l'article 19¹ de la convention relative aux droits de l'enfant déclare :

Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié. (*Art. 19 de la loi fédérale sur la convention relative aux droits de l'enfant du 26 mars 1997* (=RS 0.107))

⁴ United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

⁵ Organisation des Nations Unies

Le Code Civil Suisse indique la responsabilité aux parents d'éduquer leurs enfants. L'article 302 du CCS⁶ le mentionne : « les pères et mères sont tenus d'élever l'enfant selon leurs facultés et leurs moyens et ils ont le devoir de favoriser et de protéger son développement corporel, intellectuel et moral » (*Art. 302 de la loi fédérale du code civil suisse du 1^{er} janvier 1912* (=RS 210)). Cependant, si les parents ne remplissent pas leurs fonctions, l'autorité tutélaire peut intervenir : « l'autorité tutélaire prend les mesures nécessaires pour protéger l'enfant si son développement est menacé et que les pères et mères n'y remédient pas d'eux-mêmes ou soient hors d'état de le faire » (*Art. 307 RS 210*). En effet, elle peut nommer un curateur pour apporter de l'aide aux parents : « lorsque les circonstances l'exigent, l'autorité tutélaire nomme à l'enfant un curateur qui assiste les pères et mères de ses conseils et de son appui dans le soin de l'enfant » (*Art. 308 RS 210*). Dans certaines circonstances, le droit de garde des parents peut être retiré et l'enfant sera placé dans une autre famille ou un foyer : « lorsqu'elle ne peut éviter autrement que le développement de l'enfant ne soit compromis, l'autorité tutélaire retire l'enfant aux pères et mères ou aux tiers chez qui il se trouve et le place de façon appropriée » (*Art. 310 RS 210*). Enfin, « lorsque d'autres mesures de protection de l'enfant sont demeurées sans résultat ou paraissent d'emblée insuffisantes, l'autorité tutélaire de surveillance prononce le retrait de l'autorité parentale » (*Art. 311 RS 210*). Un tuteur sera alors nommé à l'enfant.

Au niveau du canton du Valais, l'article 54 sur la loi en faveur de la jeunesse évoque l'obligation, à tout individu ayant connaissance d'un cas de maltraitance, de le signaler :

¹ Toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec des enfants, qu'elle soit exercée à titre principal, accessoire ou auxiliaire, a connaissance d'une situation de mise en danger du développement d'un enfant, et qui ne peut y remédier par son action, doit aviser son supérieur ou, à défaut, l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte.

³ Les infractions poursuivies d'office doivent être dénoncées au Ministère public. S'il y a doute sur l'opportunité de la démarche, il est possible de consulter le Département. (*Loi cantonale valaisanne sur la loi en faveur de la jeunesse du 11 mai 2000* (=RS/VS))

Les infirmières ont donc le devoir de signaler et ceci malgré leur secret professionnel. En effet, selon le Code Pénal Suisse, « lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes

⁶ Code civil suisse

astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction peuvent aviser l'autorité de protection de l'enfant des infractions commises à l'encontre de ceux-ci » (*Art. 364 de la loi fédérale du code pénal suisse du 1^{er} janvier 1942 (=RS 311.0)*).

5.3 Advocacy

Le concept « advocacy », qui pourrait être associé au verbe « plaider » en français, semble pertinent dans la thématique de la maltraitance. « Le concept d'advocacy, qui trouve son origine dans le droit, est très prégnant en sciences infirmières. Il est désormais identifié comme un des rôles essentiels de l'infirmière » (Formarier & Jovic, 2012, p. 53). En effet, l'infirmière occupe un rôle primordial lorsque les droits des enfants sont atteints.

Afin de mieux comprendre ce dernier, Formarier et Jovic (2012) en donne une définition : « en soins infirmiers, l'advocacy consiste à permettre au patient d'user de ses droits et d'exprimer ses choix. L'infirmière agit au nom de ceux qui n'ont pas le pouvoir en tentant d'influer sur les décisions de ceux qui le détiennent » (p. 54). Par exemple, dans un contexte d'abus, un nourrisson n'ayant pas encore la faculté de s'exprimer, ne pourra pas plaider en sa faveur. Le professionnel de la santé pourrait donc être celui qui défendrait les droits de cet enfant. Par ailleurs, Phaneuf l'explique ainsi :

On peut le définir comme une réaction de défense en faveur du malade quand la soignante constate la pauvreté des soins dispensés dans un contexte sanitaire donné, lorsqu'elle se rend compte que les droits d'un client ont été brimés, que sa dignité n'a pas été respectée, que ses besoins essentiels n'ont pas été satisfaits, que son bien-être ou ses intérêts doivent être protégés et qu'elle en fait part aux autorités concernées. (Prendre soin, 2013, le concept d'advocacy en soins infirmiers)

Selon De Maria Lee et Dubey (2013), le plaider infirmier (nursing advocacy) vise à la protection des droits du patient ainsi que le renforcement de son empowerment (p.1).

Selon la pensée infirmière, l'expression anglaise empowerment renvoie au pouvoir qu'a la personne de renforcer son potentiel, de se conscientiser, de se transformer et ce, dans une perspective de croissance. Des interventions efficaces peuvent aider les patients et leur famille à utiliser leurs capacités personnelles en vue d'effectuer des changements qui optimaliseront leur façon de vivre. Les personnes elles-mêmes constituent les principales ressources nécessaires à leur guérison. (Formarier & Jovic, 2012, p. 174)

6 Méthode

Après avoir exposé le cadre théorique, il s'agit à présent de s'adonner aux démarches utilisées pour sélectionner et analyser les différentes études retenues.

6.1 Devis de recherche

Cette revue de la littérature retient principalement des études de type qualitatif. En effet, le devis qualitatif semble le plus approprié pour donner réponse à la question de recherche. La recherche qualitative est décrite comme une « analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p. 17). On l'associe généralement au paradigme naturaliste. « Selon ce paradigme, les résultats d'une recherche sont le produit de l'interaction entre le chercheur et les sujets » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p. 16). La phénoménologie et l'herméneutique seront les plus prépondérantes dans ce devis. La phénoménologie s'intéresse à l'expérience vécue des personnes, et, l'herméneutique, étroitement liée, se préoccupe également de l'expérience vécue des êtres humains et de l'interprétation de ces expériences (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p. 221).

Par ailleurs, il peut paraître intéressant d'intégrer aussi des recherches quantitatives. Dans le devis quantitatif, les données, souvent numériques, sont recueillies à l'aide d'instruments structurés et sont analysées avec des techniques statistiques (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p. 17). Dans le paradigme positiviste, dans lequel s'insère la recherche quantitative, il existe une réalité objective que l'on souhaite étudier. Le but est d'analyser les causes sous-jacentes des phénomènes naturels (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p. 15).

Dans un tel cas, le recours à une méthode mixte s'applique. En intégrant des données qualitatives et quantitatives, l'analyse peut être plus approfondie. En effet, « ... une judicieuse combinaison d'approches qualitatives et quantitatives permet d'enrichir bon nombre de domaines de recherche et d'améliorer la qualité des résultats » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p. 250). De plus, la notion de complémentarité est ici certifiée. « Les forces et les faiblesses de ces deux types de données et des méthodes connexes sont complémentaires. Quand les chercheurs combinent plusieurs méthodes, ils obtiennent ce que chacune d'elle peut fournir de meilleur... » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p. 250).

6.2 Collecte des données

Afin de sélectionner les études répondant à la question de recherche, les bases de données suivantes ont été consultées, de juin 2014 à janvier 2015 : BDSP, CINAHL, Cochrane, Joanna Briggs Institute (JBI), Pubmed. Pour ce faire, des mots-clés ont été choisis et traduits en anglais à l'aide de l'outil MeSH (Medical Subject Headings) bilingue anglais-français, le thésaurus biomédical de référence. Le tableau suivant récapitule les traductions exercées à l'aide de cet outil (voir Tableau 1).

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais
Détection	Detection
Dépistage	Screening
Maltraitance des enfants	Child abuse
Maltraitance	Maltreatment
Violence	Violence
Enfant	Child
Obstacles	Barriers
Signalement	Reporting
Soins infirmiers	Nursing

Tableau 1

A l'aide de ces mots-clés, des recherches ont été entreprises. Sur la base des études retenues, les références bibliographiques ont permis de guider la recherche. Les bases de données utilisées, les études trouvées et retenues sont inventoriées (voir Tableau 2).

Bases de données	Mots-clés	Années de publication	Etudes trouvées	Etudes retenues
BDSP	Maltraitance, enfant, détection	2008-2015	6	0
CINAHL	Child, maltreatment, nursing	2008-2014	32	1
CINAHL	Child abuse, nursing, barriers	2008-2014	8	1
CINAHL	Child abuse, nursing, factors influencing	2008-2014	6	1
Cochrane	Child abuse, nursing	2008-2015	5	0
Cochrane	Child, maltreatment, nursing	2008-2015	13	0
JBI	Child abuse, nursing	2008-2015	32	0
Pubmed	Child abuse, nurse, barriers	2010-2015	14	0
Pubmed	Cases, violence, children, nurse	2010-2015	29	3

Tableau 2

Dans la base de données CINAHL, l'option « abstract available », résumé disponible, a été rajoutée, de même que l'option « full text », texte intégral, dans la base Pubmed.

6.3 Sélection des données

Un survol des titres des articles a tout d'abord été fait. Les études correspondant le mieux à la thématique présente ont nécessité une lecture plus approfondie des résumés. Plusieurs critères d'inclusion ont permis de les sélectionner : un devis qualitatif, une étude primaire de langue anglaise ou française, un résumé pertinent (contenant les sections méthodes, résultats), l'année de publication datant d'au moins 5 ans. Ont été exclus de cette revue de la littérature les articles ne traitant pas des soins infirmiers ou de la violence à l'encontre des enfants. Cependant, une étude parue en 2008 a tout de même été retenue malgré les critères, de par sa pertinence sur le sujet. Les recherches qualitatives étaient préférables pour répondre à la question de recherche, mais deux études quantitatives ont également été incluses car elles apportaient des éléments importants et complémentaires.

Suite à la phase de sélection, six études ont finalement été retenues. Celles-ci sont exposées ci-dessous (voir Tableau 3).

	Bases de données	Auteurs	Titres	Années	Niveaux de preuve
1	Pubmed	Louwers, Korfage, Affourtit, De Koning et Moll	Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department	2012	II
2	CINAHL	Fraser, Mathews, Walsh, Chen et Dunne	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses : a multivariate analysis	2010	IV
3	CINAHL	Eisbach et Driessnack	Am I sure I want to go down this road ? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses	2010	II
4	CINAHL	Land et Barclay	Nurses' contribution to child protection	2008	II
5	Pubmed	De Souza Aragão, Das Graças Carvalho Ferriani, Sanchez Vendruscolo, De Lima Souza et Gomes	Primary care nurses' approach to cases of violence against children	2013	II
6	Pubmed	Ben Yehuda, Attar-Schwartz, Ziv, Jedwab et Benbenishty	Child abuse and neglect : reporting by health professionals and their need for training	2010	IV

Tableau 3

Deux pyramides des preuves, spécifiques au devis qualitatif et quantitatif, sont utilisées ici pour répondre à des demandes à propos d'une expérience d'un phénomène et/ou de l'efficacité d'une intervention. Les études qualitatives n° 1, 3, 4 et 5 ont été classées au niveau II de la pyramide (selon Figure 2).

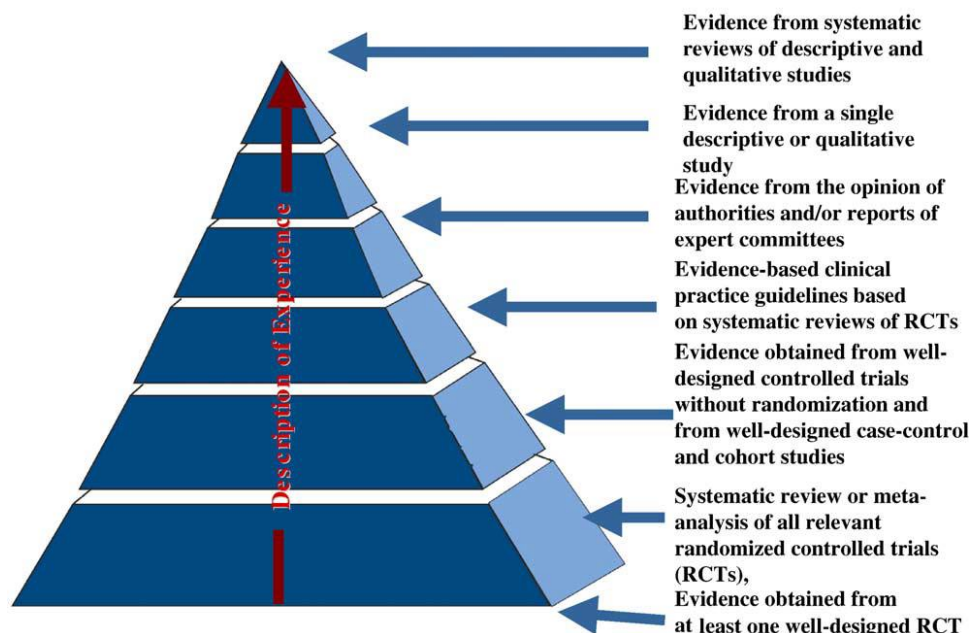


Figure 2. Tiré de Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk & Schultz, 2005, p.339

L'étude n° 2 et 6, recherches quantitatives, ont été placées au niveau IV de la pyramide des preuves (voir Figure 3). Effectivement, il s'agit d'études transversales, non expérimentales et sans randomisation.

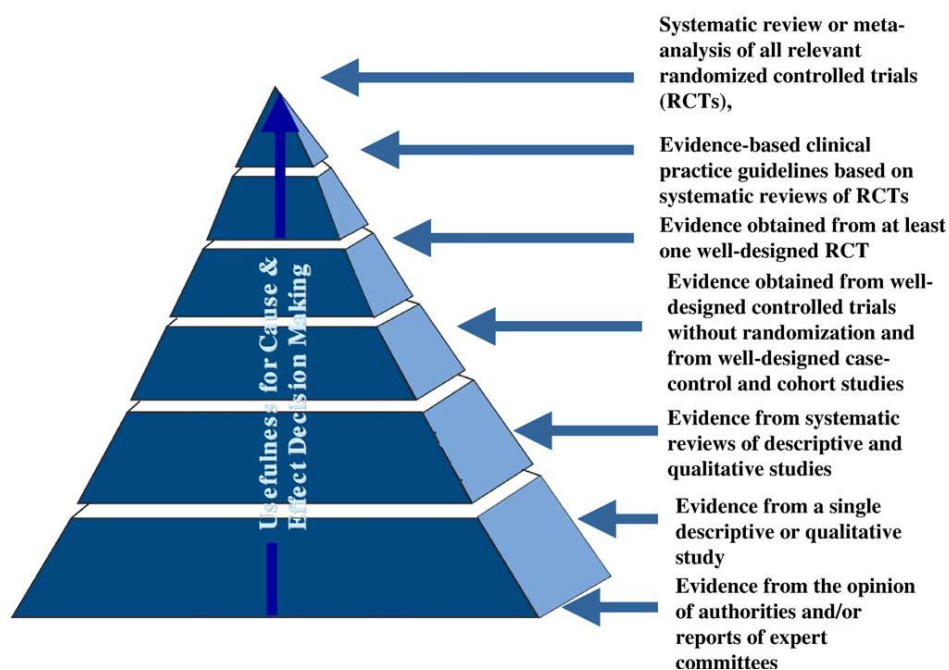


Figure 3. Tiré de Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk & Schultz, 2005, p. 338

En ce qui concerne les considérations éthiques, les études n° 1, 2, 3, 4 et 5 ont toutes été approuvées par un comité d'éthique. L'anonymat a été respecté en supprimant les données susceptibles de révéler l'identité des participants. Dans l'étude n° 5, la population étant petite et les participants risquant donc d'être reconnus, des précautions supplémentaires ont été prises. Un consentement écrit a été signé dans certaines recherches, notamment la 1, 3 et 4. Dans l'étude n° 6, les participants ont été informés qu'ils pouvaient se retirer en tout temps de l'étude. L'anonymat a aussi été assuré. Il n'existe donc pas de conflits d'éthique dans les recherches sélectionnées.

En ce qui a trait à l'éthique personnelle, l'auteure s'est engagée à ne pas commettre de plagiat. Elle garantit également d'utiliser des sources officielles et de les référencer selon les normes APA (American Psychological Association).

6.4 Analyse des données

Suite à la récolte des données, il faut à présent en faire une analyse. L'analyse des données qualitatives a pour but « ... de classer et de structurer les données, et d'en extraire le sens » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007, p.400). En premier lieu, comme il s'agit de littérature anglophone, il convient de traduire les articles dans la langue française. Une lecture approfondie sera nécessaire à la compréhension du sens. Les tableaux de recension des écrits permettront d'avoir une vision globale des recherches. L'analyse se fera ensuite étude par étude, en prêtant attention autant au contenu qu'aux aspects méthodologiques. Une synthèse mettra en évidence les principaux thèmes ressortis lors de l'analyse.

7 Résultats

7.1 Description de l'étude 1

Louwens, E., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department.

La première étude sélectionnée, publiée en 2012, correspond à un devis qualitatif. Elle a été menée dans la Hollande du Sud, aux Pays-Bas. L'objectif était de déterminer les facteurs favorisant ainsi que les obstacles au dépistage de la maltraitance infantile, et, à partir des résultats, d'établir des recommandations afin d'optimiser le dépistage dans un service d'urgence.

Sept hôpitaux, en milieu urbain et rural, ont participé à la recherche. Tous avaient un département d'urgence. Dans un premier temps, 27 professionnels de la santé, travaillant dans ces hôpitaux, ont été interviewés. Ils comprenaient neuf médecins (sept pédiatres et deux chirurgiens), six membres du conseil d'administration de l'hôpital, six infirmières et six responsables du service des urgences. Les facilitateurs et les obstacles au dépistage ont émergé (voir Tableau 4). Dans une seconde phase, les facilitateurs/obstacles ont été présentés à cinq experts dans la maltraitance des enfants et à un spécialiste dans l'implémentation, pour ses conseils sur la manière de s'attaquer aux obstacles rencontrés. Les 33 interviews (27 professionnels de la santé, cinq experts, un spécialiste) se sont déroulées en entrevues semi-structurées. Les personnes interrogées ont répondu à 10 propositions (voir Figure 4 en annexe) en lien avec la politique de dépistage, la collaboration, le protocole de maltraitance et la formation.

Facteurs favorisants	Obstacles
Soutien du conseil d'administration de l'hôpital	Problèmes pratiques (temps limité)
Présence d'un spécialiste dans la maltraitance	Barrières personnelles (peur d'une suspicion injustifiée)
Présence d'une équipe spécialisée	Compétences en communication insuffisantes
Formation intensive du personnel	Taux de rotation élevé du personnel soignant
Soutien financier	

Tableau 4

Les résultats suggèrent que les infirmières perçoivent des obstacles à la communication avec les parents. Par exemple, les parents les questionnent sur l'utilité d'un examen de la tête au pied, alors que l'enfant a juste une blessure localisée. Aussi, les professionnels estiment que le soutien du conseil d'administration de l'hôpital est un facteur positif. Ils

rapportent également une satisfaction quant à la collaboration avec le centre de maltraitance des enfants. Or, la majorité considère que les cas de violence ne sont pas toujours décelés dans le service d'urgence. Durant les heures de pointes, les infirmières ne remplissent pas le formulaire d'enregistrement des blessures (SPUTOVAMO). Par ailleurs, les médecins et infirmières ont déclaré que l'accent devrait être mis sur le dépistage lors de leur formation de base. Le taux de rotation élevé du personnel soignant et le manque de motivation sont identifiés comme étant des obstacles.

Les experts ont émis des recommandations sur la mise en place d'un protocole de dépistage. Ils estiment qu'une équipe spécialisée dans la maltraitance infantile est nécessaire à la bonne collaboration entre les différentes disciplines. La nomination d'une personne de référence pourrait aussi assurer un contrôle de qualité, la rapidité des traitements et le bon suivi des patients. Ils considèrent qu'un examen de la tête au pied est essentiel pour la phase de dépistage. Comme ce n'est pas une procédure courante, il conviendrait à l'hôpital d'informer les parents que l'examen clinique est réalisé pour chaque enfant. Enfin, les experts soulignent qu'une formation adéquate est indispensable concernant les points suivants : techniques d'entrevues et de communication, signes cliniques, phases de développement de l'enfant.

7.1.1 Validité méthodologique

Les interviews, d'une durée de 22 à 76 minutes, ont été menées entre juin 2007 et janvier 2008. Cet engagement prolongé peut prétendre à une meilleure compréhension du phénomène. Dans cette recherche, la crédibilité⁷ des données est assurée par une triangulation* des sources des données ainsi qu'une triangulation des chercheurs. En effet, plusieurs informateurs clés ont été interrogés au cours de l'étude (médecins, membres du conseil d'administration de l'hôpital, infirmières, responsables, experts). De plus, un second chercheur était présent dans 11 interviews. Le but était de former le premier interviewer et d'assurer la compréhension des entrevues. L'analyse a été réalisée par deux chercheurs. D'autre part, les compétences des chercheurs attestent de leur crédibilité.

La collecte des données a été effectuée auprès de plusieurs hôpitaux, que ce soit en milieu urbain ou rural. Ceci tend donc à une plus grande variabilité des données. Malgré la taille restreinte de l'échantillon pour chaque discipline, les éléments ressortis ci-dessus semblent être transférables* à d'autres milieux cliniques.

⁷ * = cf. glossaire en annexe

7.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats répondent clairement au but de cette étude. Ils mettent en avant les obstacles présents à la détection des cas de violence envers les enfants. Ils s'appuient sur la vision de professionnels de la santé, de membres du conseil et d'experts en matière de maltraitance. Des éléments pertinents sont mis en avant pour permettre d'améliorer la pratique quotidienne. La mise en place d'un protocole national pour les suspicions de maltraitance, l'introduction d'une formation satisfaisante et d'un instrument validé de dépistage sont tous des outils qui permettent d'outrepasser ces obstacles.

7.2 Description de l'étude 2

Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses : a multivariate analysis.

La seconde étude, quant à elle, est un devis de type quantitatif non expérimental* et transversal*. Publiée en 2010, elle a été réalisée dans l'état du Queensland, en Australie. Son but était d'étudier les liens entre les facteurs individuels, les connaissances législatives de signalement, les facteurs comportementaux et les différents types de maltraitance. La formation, le statut parental, la zone géographique, les années d'expériences de travail et l'attitude vis-à-vis du signalement étaient considérés comme des multi-variables indépendantes, pour déterminer leur influence sur les variables dépendantes suivantes :

- (a) la probabilité de signaler le cas présenté dans la vignette clinique
- (b) la sévérité perçue du cas dans la vignette

Des fiches d'informations et des questionnaires ont été distribués à toutes les infirmières travaillant avec des enfants, soit dans 22 hôpitaux. Le taux moyen de réponses était de 45%, correspondant donc à 930 infirmières. Ces infirmières travaillaient dans des services aigus de pédiatrie, santé de l'enfant, santé scolaire, maternité et service d'urgence. Le questionnaire « Child Abuse and Neglect – Nurses Questionnaire⁸ » (CANNQ) contenait huit sections. Dans la dernière section, huit vignettes cliniques étaient présentées. Chaque vignette concernait un cas de maltraitance, pour laquelle un signalement devrait être réalisé. Les participants ont aussi mesuré la sévérité des cas de violence dans les vignettes selon l'échelle de Likert*. Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS 16.0 et SAS 6.12.

⁸ Maltraitance infantile et de négligence – Questionnaire infirmier

Les résultats principaux sont explicités ci-après :

- Plus de la moitié (58.3%) des infirmières ont reçu une formation spécifique sur la maltraitance infantile.
- 42.6% ont signalé un cas suspect ou avéré de maltraitance au cours de leur carrière, alors que 21.1% n'ont pas signalé lors d'une simple suspicion de cas.
- Plus d'un quart (28.6%) n'était pas conscient, qu'en cas de signalement, leur identité serait protégée.
- Par rapport aux autres types de maltraitance, la violence émotionnelle est plus difficilement décelée (87,7%) et a tendance à moins être signalée (68.2%). Elle est aussi moins reconnue comme une obligation de signaler (55.3%).
- Les infirmières, avec une formation spécifique sur la maltraitance infantile, se sentent mieux préparées et sont plus susceptibles de signaler un tel cas ($p < 0.001$).
- La formation est associée à une plus grande probabilité de signaler les cas de carences et de négligence (95% CI 0.344 à 0.906).
- Avoir un rôle de parent explique la plus grande probabilité de signaler un cas de violence sexuelle (95% CI 0.152 à 0.850). Les soignants, ayant une expérience professionnelle en milieu urbain, sont plus susceptibles de signaler un cas de maltraitance émotionnelle (95% CI 1.04 à 4.53).
- La moyenne, mesurant la sévérité du cas d'abus, est haute ; avec des scores entre 7.9 et 9.89 sur une échelle de un (la situation n'est pas grave) à 10 (la situation est extrêmement grave).
- Il n'y pas de relation établie entre la formation et la perception de la gravité d'un cas de violence. Les infirmières ayant un rôle parental reconnaissent mieux la sévérité des cas de maltraitance sexuelle et émotionnelle. Il en est de même pour l'âge avancé de l'infirmière et les cas de violence émotionnelle et de négligence.
- Les infirmières ayant une attitude positive vis-à-vis du signalement de toutes les formes de violence reconnaissent mieux la gravité des cas.

7.2.1 Validité méthodologique

Le questionnaire utilisé dans cette étude a été adapté selon le « Child Abuse Report Intention Scale⁹ » (CARIS). Ce dernier a été conçu par des infirmières taiwanaïses, qui ont donné leur autorisation pour l'utiliser et l'adapter. Cependant, comme l'échelle citée

⁹ Echelle d'intention de signalement de maltraitance infantile

n'est pas intégrée dans l'étude, l'évaluation de sa validité* ne peut pas être certifiée. Par ailleurs, les auteurs ont pris le soin de contextualiser le questionnaire selon les législations de l'état du Queensland.

Afin de réduire les biais*, les auteurs ont regroupé les huit vignettes par deux. Chaque groupe de vignettes correspondait à un type de maltraitance (physique, sexuelle, émotionnelle, négligence). Par exemple, si une infirmière répondait qu'elle signalerait les deux cas de violence sexuelle présentés dans les vignettes n° 1 et 2, alors le score serait de 0. Au contraire, si l'infirmière répondait « non » à l'une ou les deux vignettes, alors le score serait de 1. Les raisons qui ont motivé les chercheurs à utiliser cette méthode sont insuffisantes. Ainsi, il est complexe d'évaluer cette méthode. Aussi, l'évaluation de l'intention de signaler un cas de violence s'est basée sur seulement huit scénarios. Cela ne permet pas de couvrir une variabilité suffisante des cas existants.

L'étude en question a été menée après qu'une campagne ait eu lieu sur la nouvelle législation adoptée quant au signalement obligatoire de la maltraitance infantile. Ce facteur peut compromettre la validité interne* de l'étude. D'autre part, l'échantillonnage s'est fait auprès de 22 hôpitaux, que ce soit en milieu urbain ou rural. 930 infirmières ont finalement participé à l'étude. L'échantillon était donc représentatif de la population. Or, il est difficile de déterminer si les résultats sont généralisables* étant donné les différences de lois adoptées en Australie.

7.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les constats obtenus dans l'étude ne démontrent pas qu'il existe une corrélation entre toutes les variables dépendantes et indépendantes. Seuls les résultats rédigés ci-dessus sont statistiquement significatifs, avec une valeur $P < 0.05$. La probabilité de reconnaître et de signaler un cas de maltraitance est passablement haute. Il en ressort que la capacité des infirmières à distinguer la gravité des cas et de les signaler est influencée par les facteurs suivants : mauvaise opinion du service de protection de l'enfance, facteurs individuels et organisationnels (pas spécifiés par les chercheurs) et sentiment que peu de bénéfices seraient apportés à l'enfant et à la famille en cas de signalement. De plus, une future formation devrait être focalisée sur les conséquences de la violence sur l'enfant et la famille, sur le rôle et les responsabilités des infirmières quant au signalement. La violence émotionnelle et la négligence devraient également être mises en avant.

7.3 Description de l'étude 3

Eisbach, S. S., & Driessnack, M. (2010). Am I sure I want to go down this road ? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses.

Cette étude qualitative exploratoire transversale s'est appuyée sur une théorisation ancrée*. Parue en 2010, elle a été menée dans l'état de l'Iowa aux Etats-Unis. Elle avait pour objectif (a) de décrire le processus de signalement des cas de maltraitance infantile par les infirmières et (b) d'identifier les facteurs influençant ce processus.

Les infirmières ont été recrutées dans trois organisations en soins infirmiers, dans l'Etat de l'Iowa. L'échantillonnage à variations maximales* a été utilisé. Ont été sélectionnées des infirmières autonomes, travaillant en soins aigus et/ou communautaires, parlant anglais et ayant de l'expérience dans le signalement des cas de violence. Vingt-trois infirmières ont donc participé à la recherche, dont 10 infirmières scolaires, sept infirmières en pédiatrie et six infirmières en pédopsychiatrie. Les interviews se sont déroulées soit par entrevues ou soit par téléphone, d'une durée maximale d'une heure. Les participants ont été questionnés à quel moment ils suspectaient un cas de violence et sur le processus de signalement. Les interviews ont été enregistrées, retranscrites et vérifiées. Le logiciel d'analyse NVivo7 a permis de gérer les données. Les transcriptions ont ensuite été analysées en utilisant une méthode de comparaison constante*.

Toutes les infirmières ont identifié trois étapes dans la procédure de signalement, soit (a) la prise de conscience d'un potentiel cas de violence, (b) leurs interventions auprès de l'enfant et/ou la famille et (c) le signalement au service de protection de l'enfance. Cependant, trois facteurs influencent la vitesse à laquelle les infirmières avancent dans ce processus (voir Figure 5 en annexe). Ceux-ci sont présentés ci-dessous.

1. **La reconnaissance des signes et symptômes de la maltraitance infantile :** certaines infirmières sont à l'aise dans le dépistage des cas d'abus alors que d'autres rencontrent des incertitudes. Elles craignent parfois d'être dans l'erreur. Les signes ne sont pas toujours objectivables.
2. **La contextualisation :** les infirmières évaluent la situation sociale de la famille (compétences parentales, rôle, niveau de stress, ressources) avant de signaler. Elles désirent être certaines qu'il s'agisse bien d'un cas de violence et non d'une situation sociale défavorable. Ceci peut retarder le processus de signalement.
3. **Les compétences professionnelles et/ou rôle :** certains professionnels hésitent entre intervenir directement eux-mêmes auprès des familles ou de transférer la

situation au service de protection de l'enfance. Cette réticence est attribuée à une crainte pour la sécurité de l'enfant, aux conséquences sur la famille et à une rupture de contacts de la famille avec l'infirmière, plaçant l'enfant encore plus à risque.

Le premier facteur semble être le point le plus influent. Si les soignants sont moins compétents dans le dépistage de la violence, le processus devient alors complexe. De ce fait, deux thèmes ont été identifiés en lien avec la décision de signaler :

- **Décision de signalement facile** : l'identification de signes cliniques tels que des brûlures, des ecchymoses, une anamnèse incohérente avec le type de blessure, facilite un signalement immédiat.
- **Décision de signalement complexe** : les données subjectives rendent difficile la détection. Parfois, le témoignage de l'enfant n'est pas suffisant. Les infirmières ont besoin de vérifier les dires de l'enfant. Aussi, les expériences précédentes avec le service de protection de l'enfant rendent les infirmières réticentes à effectuer un signalement (pas d'investigation de la part du service).

7.3.1 Validité méthodologique

L'échantillonnage à variations maximales utilisé est le choix de prédilection pour identifier les variations dans un phénomène. La première variabilité concerne le domaine (psychiatrie, scolarité, pédiatrie) dans lequel travaille l'infirmière. La deuxième prend en compte le taux de maltraitance infantile présent, dans la région où exerce l'infirmière. Néanmoins, seuls les professionnels avec de l'expérience dans le domaine du signalement de la maltraitance et avec une formation en la matière ont participé à l'étude. Cela pourrait influencer les résultats. Malgré tout, de par leur pertinence et la méthode utilisée, les résultats semblent être transférables. Par ailleurs, le niveau de compétence des deux chercheurs souligne leur crédibilité.

Les interviews se sont déroulées de plusieurs manières : soit par contact téléphonique, soit par entrevue. Cette différence d'entretien, d'un participant à l'autre, pourrait faire apparaître un biais dans l'interprétation des réponses obtenues par les chercheurs. L'entretien téléphonique ne permet pas d'observer la communication non-verbale et donc d'orienter plus adéquatement l'interview. Néanmoins, les chercheurs ont donné suffisamment d'informations sur les entrevues en retranscrivant les dires des participants. Cela augmente la crédibilité des données.

7.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude apporte des éléments pertinents pour la pratique professionnelle. Elle met en lumière trois facteurs qui influencent le processus décisionnel de signalement. Le premier facteur tend à être le plus important. Il reflète les connaissances et le niveau de compétences des infirmières dans l'évaluation des enfants victimes de violence. C'est pourquoi la formation devrait axer les signes et symptômes de la maltraitance. De plus, les soignants sont moins performants lorsqu'il n'existe pas de signes cliniques. Il serait donc nécessaire d'insister non seulement sur les signes objectifs mais aussi sur les symptômes plus subtils.

Comme cette recherche s'intéresse uniquement à des professionnels expérimentés en matière de signalement, il serait judicieux d'investiguer l'expérience des infirmières novices dans ce domaine.

7.4 Description de l'étude 4

Land, M., & Barclay, L. (2008). Nurses' contribution to child protection.

Publiée en 2008, il s'agit d'une étude qualitative exploratoire. Elle a été menée dans l'état du Territoire du Nord en Australie. Elle visait à :

- explorer la compréhension et les connaissances des infirmières dans le domaine de la maltraitance et de négligence ;
- identifier les perceptions des infirmières par rapport à leur rôle et leur implication dans la protection de l'enfant ;
- identifier les obstacles dans ce rôle.

Les chercheurs ont utilisé un échantillonnage par choix raisonné* avec huit participants. Ils ont sélectionné les personnes ayant plus de deux ans d'expérience dans les soins infirmiers et travaillant avec les enfants et les familles. Des flyers ont été placés dans des milieux professionnels urbains. L'échantillon est donc passé à 10 participants au cours de l'étude. Les volontaires étaient issus de milieux aigus, communautaires et scolaires. Des entrevues semi-structurées avec des questions ouvertes ont permis de comprendre le phénomène. Les interviews, ayant duré entre 30 minutes et une heure, ont eu lieu à l'endroit choisi par la personne et ont été enregistrées et retranscrites mot à mot par le chercheur. Les données ont été analysées par une méthode de codification thématique.

Tous les participants ont reconnu leur rôle dans la protection de l'enfant et ont identifié des obstacles à ce rôle. Les sous-thèmes ont été regroupés en trois thèmes majeurs (voir Figure 6 en annexe) :

1. « **Dessiner une ligne sur le sable** » : des facteurs contextuels influencent la prise de décision en regard du signalement de la maltraitance. La plupart des participants ont déclaré faire un signalement en cas de signes évidents. Il est par contre plus difficile lors de violence émotionnelle. Les infirmières expriment un manque de ressources et des doutes sur les compétences du service de protection de l'enfance. Les facteurs culturels semblent influencer également le point de vue des infirmières par rapport aux normes, de ce qui est acceptable ou non. Par exemple, les consultations répétitives d'enfants pour un retard de croissance ou pour des infections cutanées provoquées par la galle peuvent avoir un effet de désensibilisation. Les infirmières peuvent alors considérer ces problèmes comme « normal » plutôt que des carences.
2. « **Champignons dans l'obscurité** » : ce thème décrit les obstacles à la communication et à la collaboration interdisciplinaire. Il existe un manque de collaboration et de connaissances des rôles et des compétences entre les infirmières et professionnels du service de protection de l'enfance. Les infirmières expriment aussi l'absence d'un protocole clair sur la protection de l'enfant et un manque d'opportunités en matière de formation.
3. **Facteur de la peur** : ce dernier thème aborde les craintes des infirmières par rapport aux conséquences en cas de signalement. Certaines ont peur de possibles représailles par les parents dans une telle situation. Elles préfèrent parfois avertir les parents avant de signaler, mais cela peut menacer leur sécurité. Une autre crainte est de devoir aller témoigner au tribunal. Elles appréhendent également d'être en conflit avec leur employeur si elles débutent une procédure sans leur consentement.

7.4.1 Validité méthodologique

Le choix d'une approche exploratoire dans cette recherche est judicieux. En effet, ce devis permet de comprendre les points de vue et expériences des infirmières par rapport à leur rôle professionnel et leur implication dans le domaine de la protection de l'enfance. Les mots et déclarations des participants permettent aussi de guider l'étude et de découvrir toutes les facettes du phénomène. En outre, les chercheurs fournissent une étude riche en contenu. La présence du questionnaire dans l'étude et les citations des

participants retranscrites en verbatim donnent une quantité d'informations suffisantes pour garantir la crédibilité des données.

Bien que l'échantillon soit relativement petit, la saturation des données* est apparue précocement dans l'analyse. C'est pourquoi aucun autre participant n'a été recruté. Il est important de mettre en évidence que les lois, d'un état à l'autre dans l'Australie, diffèrent. La population varie également. La population aborigène dans l'Australie est approximativement de 3%, alors qu'elle est de 30% dans le Territoire du Nord du pays. Ces facteurs limitent les résultats de l'étude, mais ils ne restreignent pas totalement la transférabilité des données. En effet, la saturation des données et l'échantillon représentatif de plusieurs domaines de soins apportent des éléments qui concordent avec la réalité.

7.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Bien que certains facteurs limitent l'étendue de la présente étude, les résultats obtenus mettent en avant des points considérables à l'amélioration des milieux pratiques. Des recommandations sur le besoin de formation et de perfectionnement en matière de protection de l'enfance sont mises en avant. Cela permettrait d'assurer une implication constante des infirmières dans ce domaine. Aussi, une collaboration interdisciplinaire entre les soignants et le service de protection de l'enfance est indispensable au bon fonctionnement du processus. Enfin, la mise en place d'un protocole uniforme concernant la procédure de signalement serait bénéfique.

7.5 Description de l'étude 5

De Souza Aragão, A., Das Graças Carvalho Ferriani, M., Sanchez Vendruscollo, T., De Lima Souza, S., & Gomes, R. (2013). Primary care nurses' approach to cases of violence against children.
--

L'étude en question correspond à un devis de type qualitatif. Parue en 2013, elle s'est déroulée à Uberaba, dans l'état du Minas Gerais au Brésil. Celle-ci avait pour but d'analyser la manière par laquelle les cas de violence à l'encontre des enfants et des adolescents étaient abordés par les infirmières, ainsi que d'identifier les possibilités et les limites de prise en charge de ces cas. Cette recherche a fait partie d'un projet d'études, dont l'objectif était d'investiguer le réseau de protection de l'enfant et de l'adolescent dans la ville d'Uberaba.

L'échantillonnage par choix raisonné a été privilégié. La ville concernée a été divisée en trois districts sanitaires. Seuls les districts I et II ont été sélectionnés, étant considérés comme des zones socialement plus vulnérables. Ont été incluses dans l'étude des infirmières de soins primaires, exerçant plus d'une année en milieu urbain. Sur la base de ces critères, huit infirmières sur 48 ont été interviewées, dont sept du district I et une du district II. Des entrevues semi-structurées, avec un guide de questions, ont permis la collecte des données. Ces questions portaient sur le processus de dépistage, la prise en charge et le signalement des cas de violence par les professionnels, ainsi que sur la compréhension de ce phénomène. Les données ont été analysées par une méthode interprétative*, basée sur des principes d'herméneutiques* et dialectiques.

Les résultats obtenus ont révélé trois axes principaux :

1. **Absence de prise de conscience de la violence comme faisant partie du rôle infirmier** : en général, la violence à l'encontre des enfants et des adolescents n'est pas reconnue comme un problème qui doit être pris en charge par une infirmière. Les participants l'associent aux responsabilités d'autres professionnels. Aussi, ceux-ci expriment un sentiment d'impuissance face au dépistage de la violence, ce qui les influence à transférer le problème à d'autres personnes telles que le médecin, le psychologue ou l'assistant social.
2. **Dénonciation, signalement ou transférer la situation** : les infirmières se restreignent à transférer les cas de maltraitance aux médecins, aux membres du centre de soutien familial de la santé (psychologues, assistants sociaux), au centre d'assistance social et au service de tutelle. Cela conduit parfois les professionnels à ne pas mettre en place des stratégies de prévention et à négliger les causes de la violence. Ce phénomène peut être traduit par une incertitude des responsabilités des professionnels face à la complexité de la violence. Aussi, le non-signalement des cas peut être une stratégie de maintien des relations entre les infirmières et les familles concernées.
3. **Limites face aux situations de violence** : des lacunes en matière de formation sont présentes. Les participants manifestent un manque de préparation face à ce problème. Parfois, ils se focalisent sur des entités pathologiques au détriment d'autres dimensions. Par ailleurs, en cas de signalement, certains redoutent les réactions inattendues de la part des auteurs des actes.

7.5.1 Validité méthodologique

Dans cet article scientifique, la crédibilité des données peut être assurée. Les chercheurs ont retranscrit mot à mot quelques parties des déclarations des participants. Cela permet d'affirmer la bonne interprétation des interviews. Le processus analytique est également détaillé. D'autant plus, la crédibilité des chercheurs* est attestée de par leurs qualifications et niveau de compétences.

En revanche, il faut relever que l'échantillon sélectionné est passablement réduit. Seules les infirmières de soins primaires, travaillant dans une zone socialement défavorable, ont été incluses dans l'étude. Alors, l'échantillon peut ne pas être suffisamment représentatif de la population. Par ailleurs, il n'y a pas de mention de saturations des données. Tous ces facteurs peuvent limiter la transférabilité des résultats. Or, les éléments ressortis ci-dessus s'apparentent à plusieurs études menées auparavant.

7.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Comme mentionné dans la section précédente, certains facteurs limitent l'étude, mais les résultats mettent en avant des points intéressants pour les milieux pratiques. Les infirmières ne s'identifient pas dans un rôle de protection de l'enfance. Très peu d'actions préventives sont mises en place. De plus, les soignants ont tendance à seulement transférer les situations de violence à d'autres professionnels spécialisés dans le domaine. L'un des aspects sous-jacents qui ressort ici est le manque de formation. C'est pour cette raison qu'une redéfinition des rôles avec une restructuration des compétences infirmières est nécessaire. En raison de la complexité de la problématique, le rôle infirmier ne peut pas être isolé des autres disciplines. Ce processus implique une collaboration multidisciplinaire.

7.6 Description de l'étude 6

Ben Yehuda, Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, Amitai, Jedwab, M., & Benbenishty, R. (2010). Child abuse and neglect : reporting by health professionals and their need for training.

Ce dernier article scientifique, publié en 2010, est un devis de type quantitatif, non expérimental et transversal. Cette recherche s'est déroulée en Israël dans le cadre d'une conférence sur la maltraitance infantile. Elle avait pour but d'évaluer les expériences des professionnels de la santé dans le dépistage et le signalement des cas suspects de

maltraitance infantile et de négligence, ainsi que d'identifier leur besoin en formation dans ce domaine.

Les chercheurs ont utilisé un échantillonnage accidentel*. Un questionnaire a été distribué à tous les professionnels participant à la conférence nationale sur les aspects médicaux de la maltraitance infantile et de négligence. Les participants ont eu le temps nécessaire pour compléter le questionnaire avant le début des ateliers. Le taux de réponses était approximativement de 95%. 95 professionnels de la santé ont donc finalement pris part à la recherche. Près de la moitié des participants (46.5%) étaient des médecins, 29.1% des infirmières, 15.1% des assistants sociaux, 5.8% des psychologues et 3.5% d'autres professionnels. La plupart des personnes travaillaient en milieu communautaire (53%) et 41% en milieu hospitalier.

Le questionnaire d'auto-évaluation comprenait des informations de base (âge, genre, profession) ainsi que plusieurs échelles. Les participants ont exprimé leur niveau d'accord avec une série de questions, visant à mesurer leur besoin en formation dans l'identification, la compréhension, le signalement et la prise en charge des cas de maltraitance infantile. Chaque échelle partait de un (pas du tout d'accord) à cinq (tout à fait d'accord). Les cinq domaines évalués étaient : besoin de connaissances théoriques, connaissances sur le rôle du service de protection de l'enfance, identification du type de maltraitance, travailler avec l'enfant et la famille et gestion de suivi des cas (voir Figure 7 en annexe).

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

- La plupart des professionnels ont eu de l'expérience dans le domaine de la violence durant l'année précédente : 78.9% des personnes ont au moins rencontré un cas, 65.3% ont participé à une conférence sur ce thème, 71.6% ont signalé au moins un cas au service de protection de l'enfance et 29.5% ont signalé à la police.
- La plupart des participants avaient participé à une conférence sur la maltraitance infantile (86.2%). Seulement 23.9% ont reçu une formation intensive dans ce domaine.
- Un besoin de formation dans les domaines suivants a été identifié par plus de 70% des personnes : comment témoigner en cours, comment parler à un enfant victime de violence, manière de gérer les réactions de l'enfant durant l'examen, comment gérer les réactions des parents durant les investigations.

- Plus de 70% des participants ont exprimé un besoin de compétences pour le travail en collaboration interdisciplinaire.
- Le besoin de compétences pratiques pour identifier les différents types de maltraitance (moyenne 3.75, $SD^{10} = 1.04$) et de compétences pour prendre en charge les enfants et les parents (moyenne 3.66, $SD = 0.89$) est plus important que le besoin de connaissances théoriques (moyenne 3.56, $SD = 0.91$), de compétences pour le suivi des cas (moyenne 3.45, $SD = 1$) et d'informations sur le service de protection de l'enfance (moyenne 3.37, $SD = 1.17$).
- Les professionnels travaillant en milieu hospitalier expriment un plus grand besoin de connaissances théoriques (moyenne 3.82, $SD = 0.91$) que ceux exerçant dans d'autres milieux.
- Une différence de besoins en matière de formation existe entre les médecins, infirmières et les autres professionnels ($P < 0.05$). Les infirmières, en comparaison aux autres groupes, désirent approfondir les connaissances sur les rôles des autres professions (service de protection de l'enfance, police, enquêteurs).
- Les professionnels ayant moins d'expérience dans le domaine de la maltraitance infantile nécessitent un plus grand besoin de formation. Ainsi, l'expérience précédente est en corrélation négative avec le besoin de formation ($r = -0.384$, $P < 0.001$).

7.6.1 Validité méthodologique

Le questionnaire a permis d'explorer cinq domaines. L'instrument a été développé par les chercheurs. Ces derniers se sont basés sur la littérature. Aucune information psychométrique n'était disponible. Néanmoins, les coefficients alpha de Cronbach*, avec des valeurs allant de 0.77 à 0.93, attestent la cohérence interne de l'outil de mesure et donc sa fidélité*. Aussi, les tests de Scheffe post-hoc* ont déterminé les différences de moyenne entre les groupes.

L'échantillonnage accidentel peut causer des biais. En effet, les participants sélectionnés par cet échantillonnage non probabiliste* ne sont pas forcément représentatifs de la population. De plus, les participants étaient à une conférence sur le thème de la maltraitance infantile. Alors, ceux-ci représentaient une partie des professionnels ayant un intérêt dans ce domaine. Il faut mettre aussi en évidence que la recherche s'est basée uniquement sur des auto-évaluations et n'a pas pris en compte d'observations. Ces

¹⁰ Standard Deviation = Ecart type

facteurs compromettent la validité externe* de l'étude et donc la généralisabilité des données. Toutefois, ces résultats soulignent une meilleure compréhension des besoins des professionnels israéliens de la santé.

7.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude sont statistiquement significatifs. Ils apportent des pistes d'amélioration pour les milieux de soins. Que ce soient les médecins ou infirmières, ceux-ci nécessitent une formation spécialisée. Ce programme devrait être adapté en fonction des spécificités des soignants. Les professionnels, qui ne sont pas fréquemment exposés à des situations de maltraitance, devraient être au bénéfice d'une formation de base, afin de reconnaître les signes et symptômes de la violence et de connaître la procédure de signalement. Au contraire, ceux étant hautement impliqués dans le domaine de la maltraitance infantile, devraient recevoir une formation intensive pour gérer les situations complexes. Il serait judicieux d'axer la formation sur des compétences pratiques plutôt que théoriques, en introduisant par exemple des simulations.

7.7 Synthèse des principaux résultats

L'analyse des six études met en évidence une multitude d'obstacles au dépistage et au signalement, ainsi que des pistes d'amélioration. Le tableau suivant regroupe les résultats en thèmes (voir Tableau 5).

Thèmes	Caractéristiques
Lacunes en matière de formation	<ul style="list-style-type: none"> – Non-reconnaissance systématique des signes et des symptômes – Violence émotionnelle plus difficilement décelée et signalée – Dépistage plus complexe lors de symptômes subjectifs ou de témoignage seul de l'enfant en l'absence de signes cliniques – Soins axés sur les aspects biologiques au détriment des autres aspects tels que la violence – Besoin de formation et de perfectionnement : causes et conséquences de la maltraitance, reconnaissance des signes et symptômes, rôle de l'infirmière dans ce domaine, lois en matière de signalement, violence émotionnelle et négligence, besoin de compétences communicationnelles avec l'enfant et la famille, gestion des réactions des parents, compétences pratiques – Formation facilite le signalement

Peur	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'une suspicion injustifiée, peur de se tromper - Peur des conséquences du signalement sur l'enfant et la famille - Peur que la famille rompt la relation avec les professionnels en cas de signalement - Crainte des représailles des parents en cas de signalement - Crainte de devoir aller témoigner au tribunal - Peur que l'anonymat ne soit pas protégé lors de signalement - Investigations prolongées de la situation sociale de la famille pour avoir la certitude qu'il s'agisse bien d'une situation de violence → retard dans le signalement
Facteurs personnels	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de motivation - Sentiment d'impuissance face à des situations de maltraitance - Représentations négatives du service de protection de l'enfance, sentiment que peu de bénéfices seraient apportés à l'enfant en cas de signalement - Expériences négatives avec le service de protection de l'enfance (pas d'investigations de leur part)
Facteurs contextuels	<ul style="list-style-type: none"> - Temps limité dans un service d'urgence - Taux de rotation élevé du personnel soignant aux urgences - Absence de protocole clair et détaillé pour la procédure de dépistage et de signalement - Pauvreté des ressources
Facteurs culturels	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à reconnaître ce qui est acceptable ou non par rapport aux pratiques culturelles de certains groupes ethniques - Effet de désensibilisation lors de consultations répétitives d'enfants
Collaboration interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Communication insuffisante entre les différents professionnels - Connaissances insuffisantes sur les compétences et le rôle des autres professionnels dans le domaine de la maltraitance (service de protection de l'enfance) - Nécessité de mettre en place une équipe spécialisée à qui se référer
Incertitude du rôle infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des situations de maltraitance pas reconnue comme étant un rôle infirmier mais comme étant le rôle d'autres professionnels - Incertitude des responsabilités des infirmières face à ces situations - Transfert du cas à d'autres professionnels (médecins, psychologues, assistants sociaux) sans mettre en place des stratégies de prévention

Tableau 5

De nombreux éléments ressortent de cette analyse. Les obstacles les plus importants sur lesquels il faudrait principalement agir sont la formation, la collaboration interdisciplinaire, les facteurs contextuels et les craintes.

8 Discussion

8.1 Discussion des résultats

Après avoir mis en évidence les principaux résultats, il peut paraître pertinent, dans un premier temps, de confronter ces derniers à une revue systématique de la littérature. Dans une seconde phase, ces éléments seront discutés avec le cadre théorique.

Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect.

Cette recherche de 2009, réalisée par deux infirmières, Piltz et Wachtel, analyse 17 études primaires. Elle fournit des constats comparables à ceux présentés précédemment. En effet, celle-ci met en avant que la formation sur la maltraitance infantile n'est pas satisfaisante. Les infirmières ont des connaissances particulièrement limitées sur la violence émotionnelle. Aussi, le dépistage et le signalement sont plus complexes lorsqu'il n'existe pas de signes cliniques de violence comme une blessure physique. Les facteurs de risque de la violence sont également bien souvent peu connus. Les soignants souhaitent développer leur formation sur les signes et les symptômes de la violence ainsi que sur des techniques de communication pour établir un lien thérapeutique avec l'enfant et la famille.

Maintes études de cette revue démontrent que les infirmières, en possession d'une formation et d'expérience en matière de maltraitance infantile, jouissent d'un haut niveau de compétences dans le dépistage et le signalement. Un aspect est peu identifié dans les six études analysées, mais est relevé dans la revue systématique : les perceptions des infirmières diffèrent selon leur domaine d'activité. En effet, en milieu communautaire, les soignants consacrent plus de temps pour soutenir et intervenir auprès des familles, tandis que dans un service d'urgence, le temps leur fait défaut.

En outre, lors d'un signalement, la crainte des conséquences ressentie par les soignants est un facteur fréquemment mentionné. Les professionnels appréhendent de briser les liens thérapeutiques avec la famille, ce qui place l'enfant encore plus en danger. Un sentiment de trahison vis-à-vis de la famille est aussi présent. D'autres facteurs sont également cités : l'expérience négative avec les services de protection de l'enfance (peu de bénéfices apportés à l'enfant) et l'absence de documentation. Enfin, les infirmières sont parfois réticentes à signaler un cas de violence émotionnelle concernant les individus appartenant à une classe socio-économiquement basse.

Cadre théorique

Repositionner le rôle de l'infirmière s'avère essentiel dans la thématique présente. Quelques études analysées ont indiqué une pauvre prise de conscience de la maltraitance infantile comme faisant partie du rôle professionnel. Or, comme discuté plus haut, l'infirmière est hautement impliquée dans la protection des droits des enfants. Le concept d'advocacy démontre la responsabilité des soignants d'intervenir lorsque les droits des enfants sont brimés.

La formation insuffisante, avec ses différentes lacunes, réapparaît clairement dans la majorité des études. Ceci peut compromettre voire inhiber le processus de dépistage et de signalement. Dans le cadre théorique, les facteurs de risque pouvant favoriser la violence à l'encontre des enfants sont explicités. Dans le cadre d'une prévention primaire, les soignants doivent les assimiler. Les infirmières étant attentives peuvent même agir de manière précoce auprès d'une famille dont la situation est délicate (ex. instance de divorce).

Aussi, le concept de la maltraitance expose les différents types de violence ainsi qu'une multitude de signes cliniques. Ces connaissances sont essentielles afin d'assurer un dépistage adéquat. Cette phase s'inscrit dans un rôle de prévention secondaire. Enfin, le signalement et les actions auprès des familles apparaissent dans un rôle de prévention tertiaire. Ces différents niveaux de prévention régissent donc du rôle propre de l'infirmière.

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les études qualitatives et quantitatives se situent à un niveau de preuve élevé. Toutes respectent une rigueur méthodologique bien précise. Elles présentent néanmoins des faiblesses. Comme il a déjà été mentionné, le contexte de la recherche, le lieu et la taille de l'échantillon sont des facteurs limitant les résultats. Cependant, la similarité et la complémentarité des constats permettent d'attester de leur qualité. Ceux-ci apportent des éléments importants, que ce soit pour la pratique ou la formation.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Il semble important de relever que les études présentées ci-dessus proviennent de différents pays : Hollande du Sud aux Pays-Bas, Queensland en Australie, Iowa aux Etats-Unis, Territoire du Nord en Australie, Minas Gerais au Brésil et Israël. Des

influences socio-culturelles sont donc présentes, notamment au Brésil, où l'échantillon sélectionné se trouvait dans des zones plus vulnérables et sujet à un plus grand taux de cas de violence. C'est également le cas pour le Territoire du Nord en Australie, où la population aborigène se situait approximativement à 30%. Aussi, en Israël, la situation des droits de l'enfant reste problématique, entre autres par le conflit israélo-palestinien. Il existe aussi un taux élevé de maltraitance infantile, la discipline étant encore souvent associée à la violence (<http://www.humanium.org/fr/israel/>). Ainsi, ces facteurs peuvent influencer la généralisabilité des résultats.

Aucune étude menée en Suisse portant sur la thématique susmentionnée n'a été trouvée. Ceci aurait été un avantage afin de cerner les besoins actuels et d'établir des comparaisons entre les milieux de soins des différents pays. Aussi, il est apparu que le nombre d'études primaires répondant à la question de recherche était limité. Seulement six études ont été analysées dans cette revue de la littérature. Toutefois, la redondance des informations a permis de couvrir une grande partie des aspects de la problématique.

9 Conclusions

Il convient à présent de soumettre des propositions pour la pratique, la formation et de futures recherches dans un but de perfectionnement. Pour ce faire, il a été nécessaire de prendre connaissance des différentes pratiques actuelles dans les milieux de soins. Afin de récolter ces informations, des entrevues et des entretiens téléphoniques ont été conduits.

9.1 Propositions pour la pratique

La pratique est perpétuellement remise à niveau. Elle est fondée sur des preuves, appelée « evidence based nursing ». C'est pourquoi, sur la base des résultats, des recommandations peuvent être suggérées.

Avant tout, l'accent peut être mis sur la prévention primaire. Certains facteurs exposent la famille à un risque élevé de violence. Les professionnels de la santé sont donc amenés à évaluer la sphère familiale dans sa globalité, que ce soit la situation sociale, les aspects socio-culturels, les difficultés parentales, les particularités physiques ou psychologiques de l'enfant et encore. Ainsi, les infirmières auront l'opportunité de soutenir prématurément les parents et l'enfant en les orientant par exemple vers un centre d'entraide.

Le dépistage demeure encore à ce jour une étape délicate dans le domaine de la maltraitance. La non-objectivité des signes rend la suspicion complexe. La crainte de commettre une erreur par les infirmières y est hautement associée. Une situation de violence peut donc ne pas être détectée par les soignants, laissant l'enfant sans protection. C'est pourquoi, un outil de dépistage spécifique au milieu de soins pourrait s'avérer efficace et accompagner les professionnels dans une telle démarche.

Les infirmières du service pédiatrique, en urgences pédiatriques, les infirmières scolaires et les infirmières en consultations parents-enfants sont confrontées à des cas de violence d'enfants d'âges différents. Aussi, comme il a déjà été exprimé, en Valais, le processus de signalement peut différer d'un milieu à l'autre. Il existe tout de même des protocoles dans certains services. Or, il serait judicieux d'en établir un de manière uniforme afin de faciliter la procédure.

Une collaboration entre les différents acteurs gravitant autour du domaine de la protection de l'enfant réside dans les milieux pratiques. L'Autorité de Protection de l'Enfant et de

l'Adulte (APEA), l'Office pour la Protection de l'Enfant (OPE) appartenant au Service Cantonal de la Jeunesse (SCJ) et le ministère public peuvent être concernés dans une situation de violence envers le mineur. Cette prise en charge multidisciplinaire est souvent complexe à comprendre. Une rencontre entre les professionnels de la santé et les professionnels des services de protection de l'enfant pourrait améliorer la procédure de signalement. Ceci renforcerait ainsi la collaboration, la connaissance du rôle de chacun et les infirmières sauraient plus facilement vers qui se diriger.

9.2 Propositions pour la formation

La formation lacunaire est fortement ressortie dans l'ensemble des études. Comme il s'agit de recherches internationales, les dispositifs de formation diffèrent d'une région à l'autre. Malgré ces divergences, la problématique de la violence envers les mineurs devrait être axée dès la formation initiale.

En Valais, en formation Bachelor en soins infirmiers, un module sur la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille est intégré. Le thème de la maltraitance infantile est introduit sur une période relativement courte : types de maltraitance, facteurs de risque et de protection, prévention. Ce qui se révélerait fructueux serait d'appuyer fortement le rôle de l'infirmière dans la prévention, le dépistage et le signalement de la maltraitance. En effet, cet axe permettrait déjà une première prise de conscience du rôle infirmier dans ce domaine. Aussi, un début d'enseignement sur les signes cliniques de la violence permettrait de mettre rapidement cette théorie en application au cours des formations pratiques.

Par la suite, les infirmières diplômées, exerçant dans un milieu en contact avec l'enfant, ont l'opportunité de suivre des formations continues. En effet, il leur est offert le choix de réaliser un « Diploma of Advanced Studies¹¹ » (DAS) ou un « Certificate of Advanced Studies¹² » (CAS) dans la santé de l'enfant et de la famille. Au cours de ces spécialisations, il serait essentiel de mettre l'accent sur des thématiques plus complexes : le syndrome de Münchhausen par procuration étant peu connu, les signes cliniques et symptômes difficilement décelables, les causes et les conséquences pour l'enfant et la famille, les lois établies dans le canton, des techniques de communication et d'entretien avec l'enfant et les parents. Ces besoins en matière de formation devraient être adaptés

¹¹ Diplôme d'études avancées

¹² Certificat d'études avancées

selon les différents milieux de soins. Des simulations pratiques pourraient également se révéler efficaces comme outil pédagogique.

9.3 Propositions pour la recherche

Ces résultats suggèrent des propositions pour des recherches ultérieures. Une recherche empirique menée en Suisse, et plus particulièrement en Valais, permettrait de cibler les lacunes et les besoins en formation des professionnels de la santé. Aussi, le développement d'un outil de dépistage valide et la mise en application sur le terrain pourraient également être évalués afin de percevoir son efficacité sur le taux de signalement. Par ailleurs, dans les précédentes études, les différences entre les milieux intrahospitaliers et extrahospitaliers ont peu été évoquées. C'est pour cette raison, qu'il serait intéressant de comparer les pratiques actuelles entre les différents domaines de soins et d'identifier les besoins spécifiques qui en ressortent.

L'influence socio-culturelle prend également une place prépondérante dans la thématique. Celle-ci n'a pas été soulevée dans toutes les études analysées. Une future recherche pourrait aborder l'influence des facteurs suivants sur la maltraitance : les facteurs individuels du soignant (représentations personnelles, expériences personnelles, croyances), le groupe d'appartenance du patient (aspects religieux et culturels, pratiques éducatives) et les limites acceptables de la violence. Aussi, la fréquence de consultations d'enfants dans un service d'urgence provoque une banalisation du problème réduisant ainsi la prise en charge infirmière. Cette négligence du corps professionnel par rapport aux enfants en situation de maltraitance peut-elle, elle aussi, être une forme de violence ?

« Quand il y a le silence des mots, se réveille trop souvent la violence des maux ».

Citation de Jacques Salomé ; T'es toi quand tu parles (2005)

10 Références bibliographiques

- Ben Yehuda, Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, A., Jedwab, M., & Benbenishty, R. (2010). Child abuse and neglect : reporting by health professionals and their need for training. *Israel Medical Association Journal*, 12, 598-602. Accès <http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/40/20192.pdf>
- Berry Brazelton, T., & Greenspan, S. I. (2008). Ce dont chaque enfant a besoin : ses sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir. (1^{ère} éd.). Paris : Marabout.
- Brioschi, N. (2012). Les infirmières face à la maltraitance infantile. Les enjeux du signalement. *Culture des soins*, 9, 48-52. Accès http://www.unil.ch/ome/files/live/sites/ome/files/users/nbriosch/public/Les_infirmieres_face_a_la_maltraitance_infantile
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Färniss, T. (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- De Maria Lee, J., & Dubey C. (2013). *Le plaidoyer infirmier (nursing advocacy) auprès des patients exposés à des procédures douloureuses en soins aigus*. Lausanne : Centre hospitalier universitaire vaudois. Accès http://www.asric-site.ch/wp-content/uploads/2013/12/J.-DE-MARIA-LEE.ppt_3.pdf
- De Souza Aragão, A., Das Graças Carvalho Ferriani, M., Sanchez Vendruscollo, T., De Lima Souza, S., & Gomes, R. (2013). Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 172-179. Accès <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/22.pdf>
- Eisbach, S. S., & Driessnack, M. (2010). Am I sure I want to go down this road ? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *Pediatric nursing*, 15(4), 317-323, doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x
- Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out : advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of professional nursing*, 21(6), 335-344, doi: 10.1016/j.profnurs.2005.10.005

Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. (2^{ème} éd.). Lyon : Editions Mallet Conseil.

Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses : a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 146-153. Accès <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909001734#>

Haute Autorité de Santé. (2014). *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir*. Saint-Denis La Plaine Cedex : (s.n.). Accès http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Land, M., & Barclay, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. *Neonatal, paediatric and child health nursing*, 11(1), 18-24. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3272cad2-b4cf-48db-b99d-b5839cd4f2a7%40sessionmgr115&vid=5&hid=116>

Lips, U (2011). Maltraitance infantile – protection de l'enfant. Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical. *Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant*, 2-46. Accès http://kinderschutz.ch/cmsn/files/110317_GuideMaltraitanceInfantileProtectionEnfant_3.pdf

Lips, U. (2011). Prévention et détection précoce de la maltraitance infantile – une nécessité. *Bulletin des médecins suisses*, 92(11), 400-404. Accès <http://www.bullmed.ch/docs/saez/archiv/fr/2011/2011-11/2011-11-228.pdf>

Loi fédérale suisse du code civil suisse du 1^{er} janvier 1912 (= RS 210)

Loi fédérale suisse du code pénal suisse du 1^{er} janvier 1942 (= RS 311.0)

Loi fédérale suisse sur la convention relative aux droit de l'enfant du 26 mars 1997 (= RS 0.107)

- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.
- Louwers, E., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department, *BioMed Central Pediatrics*, 12(167), 1-6. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502173/pdf/1471-2431-12-167.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *La maltraitance des enfants*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
- Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Scholarly paper*, 26(3). Accès <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=416969ca-2372-4cb8-bd15-d0d333951800%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4106>
- Prendre soin (2013). *Le concept d'advocacy en soins infirmiers*. Accès <http://www.prendresoin.org/?p=2444>
- Rey-Salmon, C. (2008). Diagnostiquer et signaler la maltraitance : repères. *Laennec*, 56(1), 6-17. Accès <http://www.cairn.info/revue-laennec-2008-1-page-6.htm>
- UNICEF (2014). La Convention relative aux droits de l'enfant. *Information*. Accès https://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/unicef_fs_convention_relative_au_x_droits_de_lenfant_2014.pdf

11 Annexes

11.1 Tableaux de recension

Etude n° 1 : Louwers, E., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department, *BioMed Central Pediatrics*, 12(167), 1-6. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502173/pdf/1471-2431-12-167.pdf>

Design	Echantillon	But	Concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Recherche qualitative	Vingt-sept professionnels de sept hôpitaux néerlandais composent l'échantillon : sept pédiatres, deux chirurgiens, six infirmières du service d'urgence, six managers du service d'urgence et six membres du conseil.	Le but de cette présente étude était de définir les facilitateurs et les obstacles à la détection de la maltraitance infantile et d'établir des recommandations afin d'optimiser la détection de la maltraitance dans les services d'urgence.	Maltraitance infantile, dépistage	La collecte des données s'est basée sur 27 entrevues semi-structurées. Toutes les interviews ont été menées par le même chercheur, ont été enregistrées et entièrement retranscrites par deux chercheurs.	Après avoir récolté les données, les facilitateurs et les obstacles ont été présentés à cinq experts dans la maltraitance infantile et à un expert dans l'implémentation afin d'avoir des conseils sur la manière de s'attaquer à ces obstacles.	Le manque de connaissances de la maltraitance des enfants, de compétences en communication avec les parents dans des cas de suspicion de violence et le manque de temps pour le développement d'une politique sont des obstacles pour le personnel des urgences dans le dépistage de la maltraitance infantile. Pour les membres du conseil, le manque de moyens, de temps et un taux de rotation élevé du personnel des urgences sont des obstacles à l'amélioration d'une politique.
Paradigme Naturaliste	Echantillonnage C'est un échantillonnage par choix raisonné.	Question de recherche Quels sont les facilitateurs et les obstacles au dépistage de la maltraitance infantile dans un service d'urgence ? (Question déduite à partir de l'étude)	Cadre de référence Cadre théorique Aucun	Logiciel Aucun		
Niveau de preuve Niveau II	Critères d'inclusion et d'exclusion Les hôpitaux choisis avaient tous un service d'urgence où des enfants de tout âge étaient traités. Les différentes professions ont été sélectionnées en raison de leur implication directe dans la détection de la maltraitance dans un service d'urgence ou de leurs responsabilités vis-à-vis de la maltraitance infantile.	Hypothèse Aucune		Les 33 interviews (menées entre juin 2007 et janvier 2008) ont duré en moyenne 38 minutes chacune.		Conclusion Des opportunités devraient être créées telles qu'une formation adéquate et la nomination d'une personne de référence pour permettre au personnel soignant de mieux s'engager dans la détection de la maltraitance. L'implantation d'un protocole national pour les suspicions de maltraitance, l'introduction d'une formation et d'un instrument valide sont des moyens qui permettent de dépasser ces obstacles.
						Limites de l'étude L'interview d'un nombre restreint de participants par discipline est une limite de cette étude.

Etude n° 2 : Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses : a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 146-153. Accès <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909001734#>

<p>Design</p> <p>Recherche quantitative transversale</p> <p>Paradigme</p> <p>Positiviste</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau IV</p>	<p>Echantillon</p> <p>Les questionnaires ont été distribués aux infirmières travaillant avec les enfants et les familles dans 22 districts sanitaires. 930 infirmières ont répondu.</p> <p>Echantillonnage</p> <p>L'échantillonnage par choix raisonné a été utilisé.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <p>Les infirmières sélectionnées incluaient celles travaillant dans un service aigu de pédiatrie, la santé de l'enfant, l'école, la maternité et les urgences.</p>	<p>But</p> <p>Le but de cette étude était d'examiner les relations entre plusieurs facteurs : les caractéristiques des infirmières, la formation, les connaissances sur les lois de signalement, les facteurs comportementaux des infirmières par rapport au signalement des différents types de maltraitance infantile.</p> <p>Question de recherche</p> <p>Quels sont les facteurs qui influencent la détection et le signalement de la maltraitance infantile et de la négligence par les infirmières ? (Question déduite à partir de l'étude)</p> <p>Hypothèse</p> <p>Aucune</p> <p>Variables</p> <p><u>Variables indépendantes</u> : formation, statut parental, zone géographique, années d'expériences, attitude au signalement</p> <p><u>Variables dépendantes</u> : probabilité de signaler le cas présenté dans la vignette, gravité perçue du cas dans la vignette présentée</p>	<p>Concepts</p> <p>Maltraitance infantile, détection, signalement, soins infirmiers</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Cadre théorique</p> <p>Aucun</p>	<p>Méthode de collecte des données</p> <p>Le questionnaire « Child Abuse and Neglect – Nurses Questionnaire » (CANNQ) contenait huit sections. Dans la dernière section, huit vignettes cliniques étaient présentées. Chaque vignette concernait un cas de maltraitance, pour laquelle un signalement devrait être réalisé. Les participants ont aussi mesuré la sévérité des cas de violence dans les vignettes selon l'échelle de Likert.</p>	<p>Méthode d'analyse</p> <p>Les données récoltées ont été analysées avec les logiciels mentionnés ci-dessous.</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS 16.0 et SAS 6.12.</p>	<p>Résultats</p> <p>Les infirmières sont aptes à signaler la violence physique et sexuelle. Elles ont moins de connaissances en ce qui concerne la maltraitance émotionnelle et la négligence. D'autre part, l'attitude positive vis-à-vis du signalement obligatoire favorise le dépistage de toutes les formes de maltraitance et la probabilité de signaler. L'expérience parentale influence l'intention de signaler les cas d'abus sexuels. Enfin, la formation sur les carences et négligences améliore le signalement.</p> <p>Conclusion</p> <p>Les résultats indiquent qu'avec une formation, les infirmières sont la clé pour signaler les cas de maltraitance. La formation devrait surtout insister sur les conséquences néfastes sur les enfants et les familles afin d'améliorer le dépistage et le signalement.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>L'étude a été menée après que les infirmières aient reçu la formation sur les nouvelles lois qui obligent le signalement de la maltraitance. Ces résultats devraient être testés dans de nouvelles recherches afin d'évaluer la stabilité de ceux-ci. Par ailleurs, la mesure de l'intention de signaler était quelque peu limitée, car elle était basée seulement sur huit vignettes.</p>
--	--	---	--	--	--	--

Etude n°3 : Eisbach, S. S., & Driessnack, M. (2010). Am I sure I want to go down this road ? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *Pediatric nursing*, 15(4), 317-323, doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x

Design Recherche qualitative, exploratoire Paradigme Naturaliste Niveau de preuve Niveau II	Echantillon Vingt-trois infirmières composent l'échantillon, dont 10 infirmières scolaires, six infirmières en pédiatrie et six infirmières en pédopsychiatrie. Echantillonnage L'échantillonnage à variations maximales (échantillonnage par choix raisonné) a été utilisé. Critères d'inclusion et d'exclusion Les critères d'inclusion étaient des infirmières autonomes dans des services aigus et/ou des milieux communautaires, des infirmières parlant en anglais et ayant de l'expérience dans le signalement de la maltraitance des enfants.	But Le but de cette étude était (a) de décrire le processus de signalement de la maltraitance infantile et (b) d'étudier les facteurs influençant le processus de signalement. Question de recherche Suis-je certaine que je souhaite m'engager dans ce processus ? Les hésitations dans le signalement de la maltraitance par les infirmières. Hypothèse Aucune	Concepts Maltraitance infantile, signalement, soins infirmiers Cadre de référence Cadre théorique Aucun	Méthode de collecte des données Les interviews ont été menées soit en face à face ou par téléphone pour une durée d'une heure au maximum. Toutes les interviews ont été enregistrées. Les infirmières ont été questionnées afin de savoir à quel moment elles suspectaient qu'un enfant était maltraité.	Méthode d'analyse Les interviews ont été enregistrées, puis retranscrites puis vérifiées. Le système NVivo7 a été utilisé pour la gestion des données. Les transcriptions ont été analysées en utilisant une méthode comparative. Chaque interview a d'abord été analysée puis comparée avec les suivantes. Ce processus a commencé par une lecture de chaque interview en utilisant un système de codage des données. Ensuite, les codages sont devenus des catégories. Le chercheur a trouvé des similitudes et des différences. Les codages et catégories ont permis de développer des notions théoriques concernant le processus de signalement. Des thématiques parallèles ont aussi émergé. Logiciel NVivo7	Résultats Trois points importants sont ressortis quant au processus de signalement dont : (a) la prise de conscience d'un cas de maltraitance infantile, (b) l'intervention des infirmières auprès des enfants et/ou des familles et (c) le signalement au service de protection de l'enfance. Cependant, trois facteurs influencent la vitesse à laquelle les infirmières avancent dans chaque point du processus de signalement : <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Reconnaissance des signes et symptômes de la maltraitance infantile</u> : elles rencontrent parfois des difficultés à reconnaître un cas de maltraitance. 2. <u>Contextualisation</u> : les infirmières veulent avoir plus d'informations sur la situation familiale, le rôle parental, le stress familial, les ressources avant de décider de signaler. Cela peut retarder le processus. 3. <u>Compétences professionnelles et/ou rôle</u> : les infirmières fournissent des prestations avant de signaler au service de protection de l'enfance. Elles retardent souvent le signalement au service de protection par peur de stresser encore plus la famille et/ou que les parents veuillent couper contact avec elles. <p>Le problème apparaît surtout au premier facteur. Lorsque les infirmières hésitent au premier point, la prise de décision devient complexe et retarde le processus de signalement. Deux thèmes émergent sur la facilité et complexité de décision :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Décision facile de signalement</u> : les cas suspectés sont directement signalés (preuves évidentes). 2. <u>Décision complexe de signalement</u> : les signes et symptômes sont moins explicites. Conclusion L'amélioration de la formation sur la reconnaissance de la maltraitance infantile (signes et symptômes moins explicites) pourrait avoir un impact positif sur le taux de signalement. Limites de l'étude Seules les infirmières ayant de l'expérience dans le signalement ont été incluses.
---	---	--	--	--	--	--

Etude n° 4 : Land, M., & Barclay, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. *Neonatal, paediatric and child health nursing*, 11(1), 18-24. Accès <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3272cad2-b4cf-48db-b99d-b5839cd4f2a7%40sessionmgr115&vid=5&hid=116>

Design Recherche qualitative, exploratoire Paradigme Naturaliste Niveau de preuve Niveau II	Echantillon Dix infirmières composent l'échantillon. Echantillonnage Un échantillonnage par choix raisonné a été utilisé avec huit participants. Des flyers ont été placés dans les lieux de travail où les infirmières étaient en contact avec les enfants. L'échantillon est passé à 10 infirmières au cours de l'étude. La saturation des données est apparue tôt dans l'analyse, aucun autre participant n'a donc été recruté. Critères d'inclusion et d'exclusion Les infirmières ayant plus de deux ans d'expérience et travaillant avec les enfants et les familles ont été recrutées. Les participants travaillant dans des services aigus, communautaires et scolaires ont été sélectionnés.	But Le but de cette étude était (a) d'explorer la compréhension et les connaissances des infirmières à propos de la maltraitance infantile, (b) d'identifier leurs perceptions, leur rôle et leur implication dans la protection des enfants et (c) d'identifier les obstacles perçus par les infirmières quant au rôle de protection des enfants. Question de recherche Aucune Hypothèse Aucune	Concepts Soins infirmiers, maltraitance infantile, collaboration Cadre de référence Cadre théorique Aucun	Méthode de collecte des données Les chercheurs ont eu recours à des entrevues semi-structurées avec des questions ouvertes. D'autres questions ont émergé en fonction des réponses des participants. Les interviews ont duré de 30 à 60 minutes. Elles ont été enregistrées puis retranscrites mot à mot par le chercheur.	Méthode d'analyse Les interviews ont été analysées à travers une codification des données et de thèmes. Une codification ligne par ligne a permis l'émergence de concepts. Les perceptions du rôle et de l'implication des infirmières dans la protection des enfants ont été synthétisées en sous-thèmes. Trois thèmes majeurs regroupant des sous-thèmes ont été identifiés. Logiciel Aucun	Résultats Trois thèmes majeurs, issus de sous-thèmes, ont émergé : <ol style="list-style-type: none"> 1. « <u>Dessiner une ligne sur le sable</u> » : des facteurs contextuels influencent la prise de décision du signalement de cas suspects de maltraitance. Il regroupe des sous-thèmes, dont la prise de décision, les ressources rares, les facteurs culturels et la protection du rôle professionnel. 2. « <u>Champignons dans l'obscurité</u> » : ce thème décrit les obstacles à la communication empêchant la collaboration interdisciplinaire et le manque de prise de conscience des rôles et des compétences de chaque professionnel. Il regroupe des sous-thèmes, dont le manque de collaboration multidisciplinaire, l'absence de protocole et le manque de formation adéquate. 3. « <u>Facteur de la peur</u> » : ce thème sous-entend une certaine peur des conséquences par les professionnels quant au signalement d'un cas de maltraitance. Cela inclut la possibilité de devoir aller porter un témoignage ou d'être en conflit avec son employeur si le signalement a été fait sans son autorisation. Les sous-thèmes contiennent la sécurité personnelle – les représailles, les implications professionnelles et le manque d'autonomie – les structures hiérarchiques. Conclusion Un certain nombre de facteurs influencent la perception des infirmières dans leur rôle de protection de l'enfant. Cela regroupe le manque de formation et de perfectionnement professionnel. Des obstacles peuvent modifier l'exercice de ce rôle, tels que l'absence de protocole et les aspects culturels. Enfin, il peut y avoir un effet de désensibilisation lors de consultations répétitives de certains groupes d'individus socialement vulnérables. Limites de l'étude Les lois concernant la protection des enfants diffèrent à travers les territoires en Australie. La population varie également, la population aborigène étant de 3% en Australie et 30% dans le Territoire du Nord. Ces facteurs et le petit nombre de participants limitent les résultats de cette étude.
---	---	--	--	--	--	---

Etude n° 5 : De Souza Aragão, A., Das Graças Carvalho Ferriani, M., Sanchez Vendruscollo, T., De Lima Souza, S., & Gomes, R. (2013). Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 172-179. Accès <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/22.pdf>

Design Recherche qualitative Paradigme Naturaliste Niveau de preuve Niveau II	Echantillon Huit infirmières composent l'échantillon, dont sept infirmières du district I et une du district II. La moyenne d'âge est de 36 ans. Echantillonnage C'est un échantillonnage par choix raisonné. La ville d'Uberaba au Brésil a été divisée en trois districts sanitaires. Les districts I et II ont été sélectionnés dans cette étude, étant considérés comme socialement plus vulnérables. Critères d'inclusion et d'exclusion Les participants de cette étude sont des infirmières. Ont été sélectionnés ceux travaillant dans les soins primaires dans des milieux urbains, travaillant pendant plus d'une année, dans une zone socialement vulnérable. Huit infirmières sur 48 ont répondu à ces critères.	But Cette étude visait à analyser de quelle manière les cas de violence, à l'encontre des enfants et des adolescents, étaient abordés par les infirmières de soins primaires, ainsi que d'identifier les limites et les possibilités de prendre en charge ces cas. Question de recherche Aucune Hypothèse Aucune	Concepts Soins infirmiers, violence Cadre de référence Cadre théorique Aucun	Méthode de collecte des données La collecte des données s'est déroulée à partir d'entrevues semi-structurées à l'aide d'un guide de questions. Ces questions étaient basées sur le processus de détection de la maltraitance, la prise en charge des situations de violence par les professionnels et la compréhension de ce phénomène.	Méthode d'analyse Les chercheurs ont utilisé une méthode interprétative pour analyser les données, en se basant sur des principes herméneutiques et dialectiques. L'analyse interprétative a suivi plusieurs phases : (a) une lecture approfondie des interviews, (b) l'identification des sentiments face aux situations de violence contre les enfants/adolescents, (c) l'élaboration d'axes analytiques et (d) l'interprétation des auteurs avec l'élaboration d'un résumé de l'analyse. Logiciel Aucun	Résultats Trois axes analytiques ont été retenus : 1. <u>Absence de prise de conscience de la violence comme faisant partie du rôle infirmier</u> : en général, la violence à l'encontre des enfants/adolescents n'est pas reconnue comme un problème qui doit être résolu par les infirmières. Les participants attribuent la responsabilité à d'autres professionnels. Le sentiment d'impuissance face à ces situations pousse les infirmières à transférer le problème à d'autres professionnels, tels que le médecin, le psychologue ou l'assistant social. 2. <u>Dénonciation, signalement ou transférer la situation</u> : les résultats démontrent que les infirmières se restreignent à référer les cas de violence à d'autres professionnels. Cela peut être expliqué par le fait que les infirmières sont incertaines de leurs responsabilités face à la complexité de la maltraitance. Un sous-signalement peut aussi être compris comme une stratégie de se protéger face aux agresseurs et de maintenir les liens établis avec eux. 3. <u>Limites face aux situations de violence</u> : la principale limite rencontrée est le manque de formation des professionnels de la santé. Ces derniers ne se sentent pas préparés à affronter ces situations de maltraitance et à les signaler. De plus, ils sont beaucoup plus centrés sur les aspects biologiques de la maladie. Par ailleurs, ces situations de violence peuvent produire des réactions inattendues, telles que la peur et la confrontation. Conclusion L'absence de prise de conscience du rôle infirmier dans cette problématique est reliée au fait que les infirmières soient fortement basées sur le modèle anatomo-physiopathologique. Dans ce cas, les professionnels ne peuvent agir convenablement face à ces situations. De plus, aucune action préventive n'est mise en place par les soignants. Ces derniers préfèrent transférer le problème à d'autres professionnels, pensant que ceux-ci seront plus compétents. Le manque de formation met en évidence cette situation problématique. Afin d'y remédier, les compétences et rôles des professionnels de la santé doivent être redéfinis. Cela implique également une collaboration interdisciplinaire. Limites de l'étude L'échantillon est relativement petit et représente seulement la population se trouvant dans une zone socialement vulnérable.
---	--	--	---	---	---	---

Etude n° 6 : Ben Yehuda, Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, Amitai, Jedwab, M., & Benbenishty, R. (2010). Child abuse and neglect : reporting by health professionals and their need for training. *Israel Medical Association Journal*, 12, 598-602. Accès <http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/40/20192.pdf>

<p>Design</p> <p>Recherche quantitative transversale</p> <p>Paradigme</p> <p>Positiviste</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Niveau IV</p>	<p>Echantillon</p> <p>L'échantillon est composé de 95 professionnels de la santé : 46.5% sont des médecins, 29.1% des infirmières, 15.1% des assistants sociaux, 5.8% des psychologues et 3.5% d'autres professionnels. 90.8% des participants sont des femmes. 53% des participants travaillent dans des milieux communautaires et 41% en milieu hospitalier.</p> <p>Echantillonnage</p> <p>C'est un échantillonnage accidentel. Ont été sélectionnées les personnes participant à des ateliers sur la maltraitance infantile et de négligence, dans le cadre d'une conférence nationale sur le sujet.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <p>Tous les professionnels participant à la conférence ont été inclus dans l'étude.</p>	<p>But</p> <p>Cette étude visait à évaluer les expériences des professionnels israéliens dans l'identification et le signalement des cas de suspicions de maltraitance infantile ainsi que d'identifier le besoin de formation dans ce domaine.</p> <p>Question de recherche</p> <p>Aucune</p> <p>Hypothèse</p> <p>Aucune</p>	<p>Concepts</p> <p>Maltraitance infantile</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Cadre théorique</p> <p>Aucun</p>	<p>Méthode de collecte des données</p> <p>Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation structuré et anonyme, qui a été distribué à tous les participants dans les ateliers durant la conférence sur la maltraitance des enfants. Les participants ont eu le temps de remplir le questionnaire avant le début des ateliers. Le taux de réponse était de 95%.</p> <p>Une échelle a été utilisée. Chaque participant a inscrit son niveau d'accord avec une série de questions (de 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord) dans le but de mesurer leurs besoins en formation dans l'identification, la compréhension, le signalement et la prise en charge des cas de maltraitance. Les cinq domaines évalués étaient : (1) besoins de connaissances théoriques, (2) connaissances sur le rôle des employés de la protection de l'enfance, (3) les compétences pour identifier la maltraitance, (4), les compétences pour collaborer avec l'enfant et les parents et (5) les connaissances pour la surveillance et le suivi des cas.</p>	<p>Méthode d'analyse</p> <p>Les données ont été analysées à partir des échelles remplies par tous les participants.</p> <p>Logiciel</p> <p>Aucun</p>	<p>Résultats</p> <p>Les résultats indiquent un grand besoin de formation dans les cinq domaines évalués, surtout dans le besoin de compétences pour identifier les différents types de maltraitance. Ces besoins diffèrent selon les professions. Les infirmières ont un grand besoin de connaître le rôle des autres professionnels (protection de l'enfance, police) tandis que les médecins désirent être mieux formés sur le suivi des cas de maltraitance. Par ailleurs, les professionnels en milieux hospitaliers expriment un besoin de connaissances théoriques (causes de la maltraitance, conséquences, systèmes familiaux, lois, diagnostics). Enfin, le besoin de formation est plus grand pour les professionnels qui ont peu d'expérience dans ce domaine.</p> <p>Conclusion</p> <p>La majorité des participants ont relevé un besoin de formation : besoin de compétences pratiques plutôt que de connaissances théoriques. La nécessité de formation diffère selon les professions et les milieux cliniques. C'est pour cette raison qu'un programme adapté doit être mis en place. Les personnes peu confrontées à des cas de violence devraient recevoir une formation de base pour reconnaître les signes et symptômes. Il en est autrement pour les professionnels souvent confrontés à de tels cas : ceux-ci devraient bénéficier d'un entraînement plus intensif.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Seules les personnes avec un intérêt sur le sujet ayant participé à cette conférence ont été interrogées. L'échantillon de convenance ne représente donc pas la totalité du corps professionnel israélien. Aussi, l'étude était seulement basée sur une auto-évaluation et n'incluait donc pas d'observations en milieu pratique.</p>
--	---	--	--	---	--	--

11.2 Glossaire

Les définitions suivantes concernant les aspects méthodologiques se sont fondées sur l'ouvrage des méthodes de recherche en sciences infirmières (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007) :

- **Biais** : facteur qui fausse les résultats d'une étude
- **Cercle herméneutique** : en matière d'herméneutique, le cercle qualitatif renvoie à un processus méthodologique ; la compréhension du texte suppose qu'il y ait un mouvement constant entre l'ensemble du texte et ses différentes parties
- **Coefficient alpha de Cronbach (ou coefficient alpha)** : indice de fidélité destiné à mesurer la cohérence interne ou l'homogénéité d'une mesure composée de plusieurs éléments ou sous-parties
- **Comparaisons constantes** : technique souvent utilisée dans une analyse reposant sur la théorisation ancrée ; on compare de façon continue les données nouvellement recueillies aux données obtenues plus tôt dans le but de perfectionner les catégories pertinentes sur le plan théorique
- **Crédibilité** : critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance qu'on peut avoir dans la véracité de ces données
- **Crédibilité des chercheurs** : crédit que l'on peut accorder à un chercheur, en fonction de sa formation, de ses compétences et de son expérience
- **Devis transversal** : devis dans lequel on ne recueille les données qu'une seule fois
- **Echantillonnage accidentel** : sélection des personnes les plus facilement accessibles pour participer à l'étude
- **Echantillonnage à variations maximales** : technique utilisée en recherche qualitative et reposant sur la sélection intentionnelle de cas qui s'inscrivent dans une grande fourchette de variations
- **Echantillonnage par choix raisonné** : les chercheurs sélectionnent un à un les cas qui correspondent le mieux aux besoins en matière d'information
- **Echantillonnage non probabiliste** : sélection dans une population de participants, à l'aide de techniques non aléatoires, comme dans les échantillonnages accidentels, par choix raisonné ou par quotas

- **Echelle de Likert** : elle se compose de plusieurs énoncés (ou points) exprimant une opinion sur un sujet. On demande aux personnes interrogées d'indiquer si elles sont d'accord ou non avec l'énoncé
- **Fidélité** : cohérence ou constante avec laquelle un instrument mesure l'attribut qu'il est censé mesurer
- **Généralisabilité** : degré auquel les méthodes de recherche utilisées permettent de déduire que les conclusions sont vraies pour un groupe plus vaste que celui des sujets ; notamment, déduction que les conclusions peuvent être généralisées et appliquées à la population à partir de l'échantillon
- **Interprétation** : comprendre les possibilités que le texte recèle
- **Recherche non expérimentale** : étude dans laquelle le chercheur rassemble des données sans modifier le cadre de son enquête
- **Tests post-hoc (comparaisons multiples)** : tests statistiques qu'on effectue en général après qu'une analyse de la covariance a indiqué qu'il y avait des différences statistiquement significatives entre les groupes ; il s'agit de comparer plusieurs paires de groupes
- **Théorisation ancrée** : approche qualitative destinée à élaborer des théories et des propositions théoriques enracinées dans des observations du monde réel
- **Triangulation** : utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à les faire converger vers une représentation authentique de la réalité
- **Transférabilité** : degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes ; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme généralisabilité dans une étude quantitative
- **Validité** : indique si l'instrument mesure ce qu'il est censé mesurer
- **Validité interne** : degré auquel on peut déduire que la variable indépendante, plutôt que des facteurs parasites, est à l'origine des effets observés
- **Validité externe** : degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés

11.3 Tableaux des études

11.3.1 Etude n° 1

Propositions A. Policy	Agree	Disagree	No opinion
1. It is better to have an unjustified suspicion than to miss a case of child abuse (n=32)	30	2	0
2. Other specialties are pleased to let the pediatrician conduct the discussion with parents in the case of suspected child abuse (n=32)	25	1	6
3. Sometimes I do not report a suspicion of child abuse in order to avoid problems with the parents (n=26; not presented to members of the Board)	10	15	1
Propositions B. Child abuse team, special child abuse attendant, cooperation with Child Abuse Center	Agree	Disagree	No opinion
4. The Child Abuse Center is sufficiently accessible for reporting child abuse (n=26; not presented to members of the Board)	15	3	8
5. When it comes to child abuse, patient privacy is subordinate to the interests of consultations between health professionals (n=32)	23	6	3
Propositions C. Protocol for suspected child abuse	Agree	Disagree	No opinion
6. In our ED more than 90% of the child abuse cases are detected (n=32)	3	23	6
7. If no follow-up is organized, you might as well stop screening for child abuse (n=32)	16	16	0
8. Our ED staff is well informed about when/when not to fill out a screening instrument for child abuse (n=32)	16	9	7
Propositions D. Professional development	Agree	Disagree	No opinion
9. My medical training was sufficient to enable me to detect child abuse in practice (n=26; not presented to members of the Board)	3	20	3
10. Prejudice precludes proper detection of child abuse (n=32)	24	8	0

These answers are derived from 32 interviewees (i.e. excluding the implementation expert), or from 26 interviewees (i.e. excluding the implementation expert and the 6 Board members).

Figure 4. Tiré de Louwers, Korfage, Affourtit, De Koning & Moll, 2012, p. 3

11.3.2 Etude n° 3

Moderators

- M1. Recognizing signs and symptoms of child maltreatment
- M2. Contextualizing
- M3. Professional skills and /or role

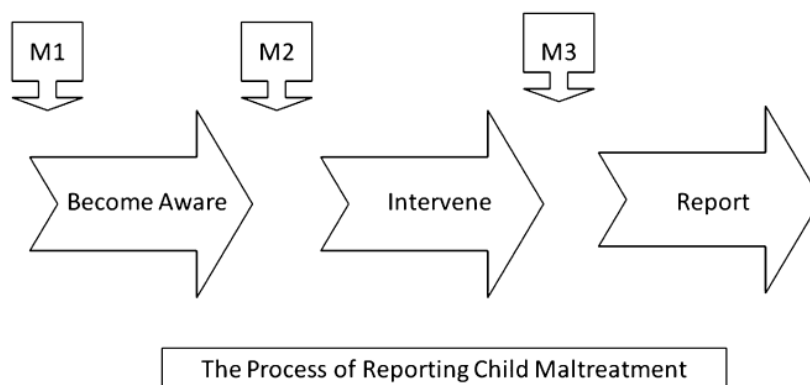


Figure 5. Tiré de Eisbach & Driessnack, 2010, p. 320

11.3.3 Etude n° 4

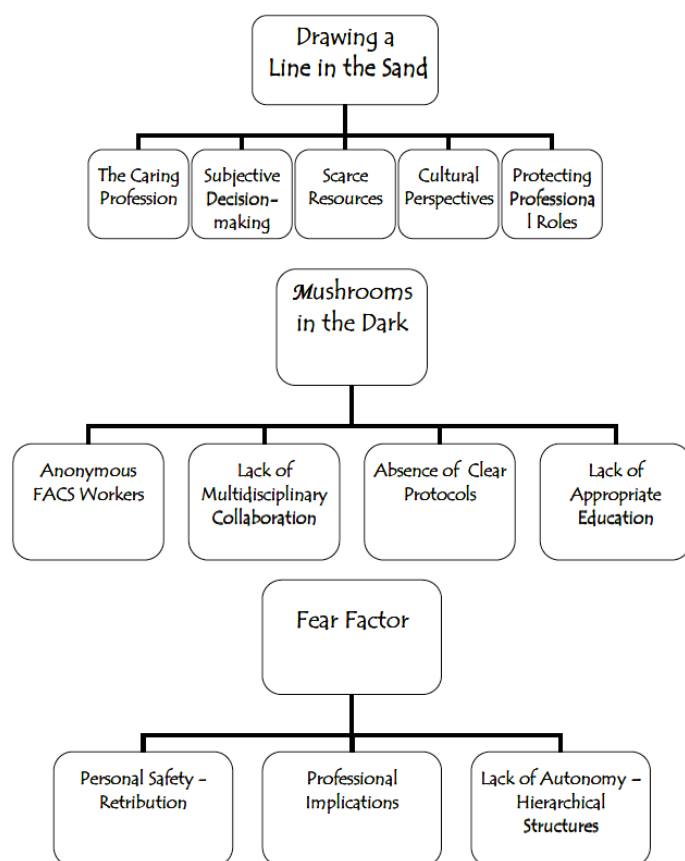


Figure 6. Tiré de De Souza Aragão, Das Graças Carvalho Ferriani, Sanchez Vendruscollo, De Lima Souza, & Gomes, 2013, p. 20

11.3.4 Etude n° 6

% needing training*		Mean**	SD
1. Need theoretical knowledge regarding		3.56	0.91
Understanding maltreating family systems	64.0	3.76	1.13
Differential diagnosis	61.2	3.74	1.15
Laws and regulations	59.0	3.57	1.26
Causes for maltreatment	44.3	3.32	1.16
Effects of maltreatment on the child	44.2	3.42	1.07
2. Need to learn about the role and work procedures of		3.37	1.17
Hospital-based family violence committees	62.6	3.60	1.22
Child investigators	55.6	3.39	1.38
Child protection officers	53.9	3.29	1.37
Police	45.5	3.17	1.37
3. Need professional skills so that I can accurately identify		3.75	1.04
Sexual abuse	67.0	3.88	1.11
Emotional abuse	66.7	3.74	1.14
Neglect	65.2	3.72	1.16
Physical abuse	59.6	3.66	1.17
4. Need knowledge and skills to help me		3.66	0.89
Talk to children in order to examine suspicion	74.4	3.99	1.12
Deal with child's reactions during examination	72.2	3.94	1.21
Deal with parents' reactions to allegations	71.9	4.00	1.10
Work with an interdisciplinary team	70.8	3.91	1.18
Talk with parents	65.6	3.71	1.19
Identify non-accidental injury	62.2	3.71	1.09
Identify inconsistencies in parents' reports on accidents	50.0	3.33	1.25
Discern suspicious physical and behavioral signs	42.0	3.22	1.22
Identify failure to thrive	39.3	3.12	1.20
5. Need knowledge and skills to help monitor and follow up		3.45	1.00
How to testify in court	78.2	4.05	1.20
How to prepare a professional report	67.4	3.73	1.18
What to include in the report	49.4	3.17	1.37
To whom I should report	37.5	2.85	1.44
*Need training to "a large extent" and "to a very large extent"			
**Means on a scale 1 = not at all to 5 = to a very large extent			

Figure 7. Tiré de Ben Yehuda, Attar-Schwartz, Ziv, Jedwab & Benbenishty, 2010, p. 601